MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION SANIDAD
SECCIONAL ANTIOQUIA

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

No. S-2018 - 003705 GADFI - GRUCO 17.7

Envigado, 01/11/2018

Señor:
Representante Legal
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALPARAISO ANTIOQUIA

Asunto: Invitación a Presentar Oferta

La SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA de la Policía Nacional, identificada con NIT. 811.032.059-3 se permite invitarlo a presentar oferta al proceso de Contratación Directa No. **PN SECSA CD IA 342-2018** para SUMINISTRO Y DISPENSACION INFORMADA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS NIVEL MEDIO Y BAJO DESCRITOS EN EL ACUERDO 052 DE 2013, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE VALPARAISO ANTIOQUIA, así:

CAPÍTULO I

CONDICIONES GENERALES

La Presente Invitación contiene disposiciones de tipo general aplicables a los diferentes procesos que efectúa la POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA; igualmente cuenta con Anexos dispuestos y preparados por la POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA y Formularios los cuales deben ser diligenciados en su integridad por el proponente.

1. CONDICIONES BÁSICAS

OBJETO	SUMINISTRO Y DISPENSACION INFORMADA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS NIVEL MEDIO Y BAJO DESCRITOS EN EL ACUERDO 052 DE 2013, Para Los Usuarios Del Subsistema De Salud De La Policía Nacional, en el Municipio de VALPARAISO ANTIOQUIA así:
FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA MODALIDAD DE SELECCIÓN	La presente contratación se realizara por la modalidad de Contratación Directa - Contratos interadministrativos de conformidad con lo establecido en la ley 1150 de 2007 en su artículo 2º numeral 4, literal C y el Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, el cual establece que: "las entidades señaladas en el artículo 2º de la Ley 80 de 1993, celebraran directamente contratos entre ellas, siempre que las obligaciones del mismo, tengan relación directa con el objeto de la entidad ejecutora."
PARTICIPANTES	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
PRESUPUESTO OFICIAL	El presupuesto oficial para el presente proceso es de ($540,000.00) distribuidos de la siguiente manera ($180.000,00) corresponden a la vigencia fiscal 2018 y ($360.000,00) corresponden a la vigencia fiscal 2019 y, la fecha final del mismo será el día 30/04/2019. (Vigencias futuras aprobadas mediante oficio S-2018-078388-DISAN) NOTA: Amparados bajo el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SFI 1349 del 19/10/2018 y SIIF 134318 de 19/10/2018, expedido por el Señor Jefe de Presupuesto de la Seccional Sanidad Antioquia.

FORMA DE PAGO	La Seccional Sanidad Antioquia, pagará al CONTRATISTA el valor del contrato, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación de la factura comercial, de acuerdo al plan de pagos pactado; previo cumplimiento de los trámites administrativos, fiscales vigentes, requisitos de ley y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional. El contratista deberá presentar con la oferta la ***Certificación de existencia de Cuenta Corriente o de ahorros*** en original expedida por la entidad bancaria.
PLAZO DE EJECUCIÓN Y LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Desde la expedición de la carta de inicio de ejecución hasta el 30 de abril de 2019 o hasta la culminación del presupuesto asignado. El Suministro y dispensación de Medicamentos objeto del presente proceso de contratación, se ejecutará en el Municipio de VALPARAISO ANTIOQUIA del Departamento de Antioquia.
FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN	La adjudicación del presente proceso se efectuará en forma total.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	Las Obligaciones del Contratista serán las consignadas en el anexo I Y II.
OBLIGACIONES DE LA POLICIA NACIONAL	Las obligaciones de la Policía Nacional se encuentran consignadas en el anexo III.
ANALISIS DE GARANTIAS: TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN Y ASIGNACION DEL RIESGO	El análisis de las garantías, tipificación, estimación y asignación del riesgo se encuentran consignadas en el ECO, documento que hace parte integral del proceso.
VALIDEZ DE LA OFERTA	Cuatro meses contados a partir de la presentación de la oferta.

2. CAUSALES DE RECHAZO Y 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 el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley.
c. Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo.
d. Cuando el Objeto Social de la firma, incluido en el Certificado de Existencia y Representación Legal no faculte a la sociedad para desarrollar la actividad materia de la futura contratación.
e. Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente.
f. Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas.
g. No presentar o subsanar los documentos habilitantes antes de la adjudicación.
h. En caso de consorcio o unión temporal, no atenerse a la exigencia contenida en el punto 1.1.3. de las condiciones de participación.

CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO

Además de las anteriores causales la POLICÍA NACIONAL - SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando

entre la propuesta presentada no se logre adjudicar el contrato ofrecido, ya sea porque la propuesta no cumpla con las condiciones para ser adjudicataria, porque no se presente propuesta, 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 el oferente en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlo o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo.

La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante acto motivado, el cual se notificará a todos los proponentes y contra éste procede el recurso de reposición según lo dispone el código contencioso administrativo.

3. CRITERIOS DE DESEMPATE

No aplican

4. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

ACTIVIDAD	DESDE - HASTA
Elaboración Resolución de justificación de la contratación directa, solicitud de oferta, revisión por parte de jurídica y posterior firma del ordenador del gasto.	01/11/2018
Apertura del proceso: Cierre del proceso:	02/11/2018 a las 19:00 horas 13/11/2018 a las 14:00 horas
Recepción de la oferta y cierre del proceso	Desde el día de su apertura (02/11/2018) hasta el día 13/11/2018 hasta las 14:00 horas, en la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II.
Verificación de la oferta por parte del comité evaluador	Cinco (05) días hábiles
Presentación del informe de evaluación al comité de adquisiciones y revisión del proceso por parte de este	20 de noviembre de 2018
Publicación informe de evaluación	21 de noviembre de 2018 en la página web de Colombia Compra Eficiente – Portal Único de Contratación Estatal – SECOP II.
Presentación de observaciones por parte del interesado al informe evaluación	01 día hábil posterior a la publicación del Informe Consolidado en la página web de Colombia Compra Eficiente– SECOP II.
Elaboración de la minuta del contrato y resolución de adjudicación	02 días hábiles posteriores a las Observaciones.

5. PREPARACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta se conformará por un sobre que se presentarán cerrado, Los documentos que debe contener son los siguientes: 1). DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EVALUACION, 2). OFERTA ECONOMICA.

La oferta deberá presentarse por escrito a máquina y/o computador o en letra imprenta legible, en original debidamente legajada, foliada en orden consecutivo de abajo hacia arriba en su totalidad, es decir, al índice le corresponderá el número del último folio y firmada".

1. Todos los folios de la propuesta deberán venir numerados. En caso de que las propuestas no se presenten debidamente numeradas será responsabilidad del oferente la información que allí se encuentre.
2. El idioma del presente proceso de contratación será el castellano y por lo tanto, se solicita que todos los documentos y certificaciones a los que se refiere la Invitación, emitidos en idioma diferente al castellano, sean presentados en su idioma original y en traducción simple al castellano.

3. ÍNDICE que contendrá una relación sucinta de todos los capítulos, numerales o parágrafos que conforman la oferta indicando el número de página en que se encuentra.
4. Debido a las distancias entre los municipios y nuestra sede, y para mayor celeridad, se aceptarán propuestas enviadas del correo electrónico institucional del oferente al correo meval.secsa-mpio@policia.gov.co, también podrán allegarlas a la oficina de contratos Cuarto piso de la Clínica Seccional Sanidad Antioquia, ubicada en la carrera 43 A № 48 C Sur- 45, en el municipio de Envigado (Antioquia).
5. El contenido total de la propuesta económica y técnica deberá presentarse en medio magnético el cual debe coincidir en un todo con la propuesta original.
6. Con el fin de ingresar los datos al Sistema Integral de Información Financiera "SIIF", los Proponentes que participen en este proceso de contratación diligenciarán el Formulario 2 denominado Datos Básicos de Beneficiario cuenta.
7. Todas las páginas de las propuestas que tengan modificaciones o enmiendas, deberán ser validadas con la firma al pie de las mismas de quien suscribe la carta de presentación, de lo contrario se tendrán por no escritas.
8. Todos los documentos exigidos se incluirán en el original y en la copia de la propuesta, debiendo ser legibles. En caso de discrepancia entre original y la copia, primará el original sobre la copia.
9. Serán de cargo del proponente todos los costos asociados a la preparación y presentación de su propuesta y la SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA, en ningún caso, será responsable de los mismos.
10. El oferente deberá utilizar y diligenciar la totalidad de los formatos que suministre la SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA y adjuntarlos a la oferta.
11. La oferta deberá contener un ÍNDICE que relacione los capítulos, numerales o parágrafos que conforman la propuesta indicando el número de página en que se encuentra.

CAPITULO II

CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS

Para la selección de los proponentes se efectuará una verificación Jurídica, Técnica y Económica de conformidad con los documentos y criterios establecidos en el presente capítulo.

1. REQUISITOS HABILITANTES

1.1. JURÍDICOS

En la oferta el proponente deberá incluir los documentos de verificación habilitantes que se relacionan a continuación:

1.1.1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La carta de presentación de la propuesta se diligenciará conforme al modelo contenido en el Formulario No. 1 "Carta de Presentación de la Propuesta" y será firmada por el proponente o apoderado, si a ello hubiere lugar. Si la propuesta es presentada por una persona jurídica, en unión temporal o consorcio, deberá venir suscrita por el representante legal para el caso de las personas jurídicas debidamente facultado en los términos de Ley, y para los consorcios y uniones temporales, el Representante designado.

1.1.2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.

Persona Jurídica Nacional. Las personas jurídicas deberán cumplir al momento de presentación de la propuesta con los siguientes requisitos:

a. Acreditar su existencia y representación legal, mediante la presentación del original del Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Secretaria seccional Local de

Salud de su domicilio social o la autoridad competente de Salud, con fecha de expedición igual o inferior a un (1) mes anterior a la fecha de presentación de la propuesta.

b. Acreditar un término mínimo de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento de la vigencia del contrato.
c. Acreditar la suficiencia de la capacidad del Representante Legal para la presentación de la propuesta y para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el Representante Legal tenga limitaciones estatutarias. Se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del Órgano Social correspondiente que autorice al Representante Legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato, y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.
d. Acreditar que el objeto social principal de la sociedad se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato, teniendo en cuenta para estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.
e. Las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia deberán acreditar en el país un apoderado domiciliado en Colombia, debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del presente proceso de selección, suscribir los documentos y declaraciones que se requieran así como el contrato ofrecido, suministrar la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con la presente INVITACIÓN, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

1.1.3. BOLETÍN RESPONSABLES FISCALES

La POLICIA NACIONAL – la SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA, consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.

1.1.4. DECRETO DE NOMBRMIENTO REPRESENTANTE LEGAL

La Policía Nacional SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA verificara la autenticidad del Decreto de Nombramiento del Representante legal expedido por Autoridad competente.

1.1.5. ACTA DE POSESION REPRESENTANTE LEGAL

La Policía Nacional SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA verificara la autenticidad del Acta de Posesión del Representante legal expedida por Autoridad competente.

1.1.6. COMPROMISO ANTICORRUPCION

El Oferente deberá proceder al diligenciamiento del Formulario No. 3 y entregarlo con la propuesta.

1.1.7. FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA

El oferente deberá anexar Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía del representante legal.

1.1.8. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

El oferente deberá anexar el certificado de antecedentes disciplinarios

1.1.9. CERTIFICADO DE APORTES PARA FISCALES

El oferente deberá anexar el certificado de aportes parafiscales

1.2.0. CERTIFICADOS JUDICIALES DEL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL

El oferente o representante legal deberá anexar el certificado judicial

1.3. ECONOMICOS.

1.3.1. IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA

El Oferente nacional indicará su identificación tributaria e información sobre el régimen de impuestos al que pertenece, para lo cual aportará con la Oferta copia del Registro Único Tributario RUT; las personas jurídicas y/o naturales integrantes de un consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura acreditarán individualmente éste requisito, cuando intervengan como responsables del impuesto sobre las ventas, por realizar directamente la prestación de servicios gravados con dicho impuesto. Lo anterior conforme el artículo 368 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 488 de 1998 que adicionó el artículo 437 del mismo Estatuto

1.3.2. DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA

El Oferente deberá proceder al diligenciamiento del Formulario No. 2 y entregarlo con la propuesta.

1.3.3. CERTIFICACION BANCARIA

El oferente deberá anexar certificación de la entidad bancaria respectiva en la cual se indique nombre del titular, número de cuenta, sucursal y tipo de cuenta (corriente o ahorro), con el fin de estipularla dentro del contrato que se suscriba en desarrollo del presente proceso, para realizar allí las consignaciones resultantes de los pagos del contrato.

1.4 TÉCNICOS

1.4.1. CERTIFICADO INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Expedido por la Seccional de Salud de Antioquia (Habilitación de los servicios de la entidad vigentes)

1.4.2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

La Propuesta deberá cumplir con las CONDICIONES TÉCNICAS requeridas en el estudio de conveniencia y oportunidad y se relacionara en la invitación como anexo N° 1 y sus derivaciones en caso de aplicar.

"SE INVITA A LAS VEEDURIAS CIUDADANAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE"

Atentamente,

Teniente Coronel **CARLOS ORLANDO MORA FRANCO**
Jefe Seccional Sanidad Antioquia

Anexo: Formularios

Elaborado por: Auxiliar Administrativa Anny Palacios Mosquera
Revisado por: SI. Eliab Franco Bedoya
Revisado por: Abogado Ruben Dario Hincapie Arroyave
Fecha de elaboración: 01/11/2018
Ubicación: c\ pueblos2018

ANEXO № I

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, ésta Ficha Técnica será verificada por el Comité Técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple.

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.

PROPONENTE _____

TECNICOS MINIMOS HABILITABLES

Las condiciones técnicas mínimas que debe cumplir el oferente se encuentran relacionadas en las obligaciones del contratista.

El listado de Medicamentos a contratar se encuentran en el anexo IV hacen parte integral del presente estudio previo, los Acuerdos 052 del 1 de abril de 2013, emanados del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y Policía (CSSMP.)

CAPACIDAD OPERATIVA

Con el fin de ofrecer un excelente servicio y asegurar la entrega oportuna de los medicamentos, el oferente deberá contar con una infraestructura física y el personal idóneo y suficiente que garantice el suministro y dispensación de los medicamentos oportuna accesible e interrumpida, a nuestros usuarios durante el plazo de ejecución del objeto del contrato. El cual podrá ser verificado por parte del Comité Evaluador designado para el presente proceso.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Todas las descritas en el Anexo 2.

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento

Nombre y Firma del Representante Legal

ANEXO № II
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. Desarrollo y cumplimiento de la Resolución 1403 del 14 de Mayo 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
4. Desarrollo y cumplimiento del decreto 2200 del 28 de Junio de 2005, por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones
5. Los precios estarán sujetos a las tarifas y laboratorios ofertados
6. El contratista deberá presentar el Acto Administrativo que la acredite para el manejo y distribución de medicamentos, expedida por la Secretaria de Salud Departamental
7. Garantizar que el servicio prestado sea acorde con el contratado con nuestra institución.
8. El contratista está obligado a brindar calidad y excelencia en el suministro y dispensación informada de los medicamentos a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, de acuerdo a los parámetros del contrato.
9. Deberá respetar los parámetros y condiciones exigidos por la Institución, garantizando un buen servicio a los usuarios pertenecientes al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, residentes en el Municipio, de acuerdo a los solicitado.
10. LOS MEDICAMENTOS QUE SE CONTRATARÁN CON LA ENTIDAD SERÁN LOS ESTABLECIDOS EN EL ACUERDO 052 CSSMP DEL 01 DE ABRIL DE 2013; para la entrega de los medicamentos de Nivel ALTO, se realizara con previa autorización del Jefe de la Seccional Sanidad Antioquia a través de solicitud escrita por parte del Supervisor o Coordinador del contrato o a quien éste designe, anexando formula médica, y fotocopia del documento de identidad de quien recibe el servicio fotocopia del carné Policial ó constancia actualizada expedida por TAHUM (Oficina de Talento Humano del Departamento de Policía Antioquia), CASUR (Caja de Sueldos de Retiro) CAGEN (Caja General de Pensionados) o MEVAL (Oficina de Talento Humano de la Metropolitana del Valle de Aburra).
11. Los medicamentos que se suministren y dispensen a los usuarios afiliados al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, deben de ser de buena calidad, certificados por el INVIMA, y normas de buenas prácticas de manufactura según ISO 9001, con una oportunidad máxima de VEINTE (20) minutos, luego de la solicitud por parte del usuario.
12. Las formulas deberán identificar mediante sello que indique (PENDIENTE) los medicamentos que se generen pendientes por dispensar.
13. El contratista para el suministro de medicamentos de uso ambulatorio tendrá como característica esencial, la oportunidad, calidad de atención y eficiencia del servicio prestado al usuario de acuerdo a los principios y criterios del Subsistema de salud de la Policía Nacional, para ello el contratista deberá conocer el Acuerdo 052 de 2013 en el cual se define los medicamentos incluidos en el vademécum de la Policía Nacional.
14. Los medicamentos de uso de especialista que están relacionados en el anexo IV, podrán ser despachados con formula del especialista de nuestra red propia o contratada, siempre y cuando no exceda los 30 días calendario desde la fecha de prescripción y presentando la fórmula original o copia en los casos en que es necesario completar un esquema de tratamiento ordenado por especialista.
15. El contratista debe dispensar los medicamentos siempre y cuando el usuario presente la constancia de verificación de derechos debidamente diligenciada por el señor Comandante de la Estación de Policía del Municipio o del Grupo de la Dirección de Narcóticos (grupos de erradicación manual de cultivos) ó quienes sean designados para esta labor. anexando fotocopia del carné Policial ó constancia actualizada expedida por TAHUM (Oficina de Talento Humano del Departamento de Policía Antioquia), CASUR (Caja de Sueldos de Retiro) CAGEN (Caja General de Pensionados) o MEVAL (Oficina de Talento Humano de la Metropolitana del Valle de Aburra); que indique que tiene derechos al servicio de Sanidad Policial, y fotocopia del documento de identidad de quien reciba la atención.

16. Reportar los diez (10) primeros días del mes, la ejecución del contrato a la Jefatura de Establecimientos de Sanidad Policial Nivel I, ubicada en el cuarto piso de la Clínica Regional del Valle de Aburra Carrera 43 A № 48 C Sur – 45 Barrio Primavera del Municipio de Envigado Antioquia correo electrónico meval.secsa-nivel1@policia.gov.co o meval.secsa-gruse@policia.gov.co; Cuando el monto ejecutado del contrato llegue al 70% se continuara reportando semanalmente. Diligenciando el siguiente formato:

Contratista	Nombre o Razón Social
Número del Contrato	Numero Asignado por Contratación
Valor del Contrato	Valor Asignado incluye adiciones
Fecha del reporte	Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa)
Valor ejecutado	Valor de los medicamentos dispensados a la fecha de corte.
Saldo	Valor total del contrato y adiciones menos valor ejecutado.
fecha de factura	"relacionados los números de factura"
valor factura	"relacionado el valor de la factura factura"

17. Facturar los medicamentos suministrados de acuerdo con lo convenido en el contrato, los primeros 10 días de cada mes, en el cuarto piso de la Clínica Regional del Valle de Aburra Carrera. 43 A № 48 C Sur – 45 Barrio Primavera del Municipio de Envigado en ventanilla para su respectiva radicación y previa expedición de recibido a satisfacción (Ras) por el supervisor o Coordinador del contrato.
18. Una vez agotado el contrato, el Contratista se compromete con el contratante a no continuar con el suministro y dispensación de medicamentos, objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe de la Seccional Sanidad Antioquia. Los medicamentos dispensados y suministrados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el Contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.
19. Deberá garantizar la continuidad en la prestación de la dispensación de los medicamentos, cuando en forma transitoria no pueda prestar dichos servicios en su propia red, sin que esto ocasione en forma alguna cambio en las tarifas pactadas. Deberá informar de forma escrita a la Jefatura de Establecimientos de Sanidad Policial Nivel I, de la Seccional Sanidad Antioquia sobre la eventualidad surgida.
20. El contratista se compromete a permitir al Auditor Médico de la Seccional Sanidad Antioquia, el acceso directo a la información relacionada con la dispensación de los medicamentos, asimismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones trimestrales a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades
21. presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros diez (10) días del mes siguiente, en la Oficina de Central de Cuentas de la Seccional Sanidad Antioquia ubicada en el cuarto piso de la Clínica Regional del Valle de Aburra, Cra. 43 Nro. 48 C sur – 45 B/ Primavera del Municipio de Envigado - Antioquia, con el fin de garantizar el pago de dicha factura en el mes siguiente de presentada, acompañada de la siguiente información
    Fecha de prestación del servicio.
    Presentación de las facturas físicas y relacionadas en medio magnético, en aplicativo plano separado por comas. Con los siguientes datos:

- Factura individual que incluya el número de identificación del usuario que recibe el medicamento.

- Copia del documento de identidad del usuario a quien se le dispensa los medicamentos.
- Formula médica original.
- Código del medicamento dispensado (según códigos del acuerdo 228 " Plan Obligatorio de salud " y modificatorios)
- Describir la presentación de los medicamentos (Unidad – tabletas – ampollas – grageas – óvulos - cápsulas), Frascos (para la presentación liquida o semilíquida o en polvo), Tubo (para la presentación en cremas y ungüentos).
- Valor por unidad, cantidad por unidad, valor total y fecha de dispensación (dd/mm/aa)
- Enviar, códigos Cups ó código del producto según el acuerdo 052 de 2013, unidad de medida, cantidad, descripción del elemento, valor Ejemplo:

Código del producto	Cantidad	Unidad de medida	Descripción elemento	Valor
1.42.1.25.1	1	Frasco	ACEITE DE RECINO	$2,500.oo

Brindar en la prestación de los servicios oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica

Es indispensable que El contratista presente la certificación de requisitos expedido por la Dirección Seccional de Salud o Ente Competente, en el cual conste el cumplimiento para cada uno de los servicios ofertados.

22. El servicio debe cumplir con las condiciones de calidad esperadas por la POLICÍA NACIONAL SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA, como son
    - Accesibilidad. Calificada como la facilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios.
    - Oportunidad. Disponibilidad en términos de tiempo, dispensación del medicamento en el lapso de quince minutos, después de haber sido entregada la formula al profesional de la farmacia.
    - Continuidad. Característica que evalúa el seguimiento que se le ha dado a la atención brindada, con el fin de garantizar, al usuario el servicio requerido al momento oportuno y en la secuencia establecida.
    - Seguridad. Características de la institución, que permiten garantizar la atención al usuario con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano requerido.
    - Pertinencia. Cumplimiento de las Guías de Manejo, Adoptadas por la institución contratada.

23. Anexar a la factura archivo en medio magnético en el cual se incluyan todos los datos del usuario y de los medicamentos dispensados así:
    - Consecutivo de entrega
    - Número de la fórmula
    - Fecha de la fórmula. en formato dd/mm/aaaa
    - Fecha de entrega del producto. en formato dd/mm/aaaa
    - Número del documento del usuario atendido: Sin puntos ni comas
    - Nombre y Apellido del usuario
    - Código del producto despachado. Según el Acuerdo 052 de 2013
    - Nombre del producto despachado. Según el Acuerdo 052 de 2013
    - Nombre comercial o laboratorio productor del medicamento dispensado
    - Cantidad despachada. Según las unidades de medida contratada (tab, grageas, ampollas, frascos, frasco gotero, jeringas) en todo caso la unidad de medida será la mínima unidad de fraccionamiento del producto
    - Valor Unitario. Según el precio unitario pactado
    - Valor total. Producto de multiplicar la cantidad por el valor unitario

24. Los puntos de dispensación, deberán contar con el recurso humano calificado e idóneo para garantizar la calidad en la atención y trato humanizado a los usuarios que acudan a la dispensación de los medicamentos y cumplir con los requisitos de la Dirección Seccional de Salud, normatividad vigente y directriz de fármaco vigilancia.
25. El contratista deberá verificar en la página del Fosyga a los usuarios beneficiarios que soliciten el servicio que no estén afiliados en régimen contributivo identificar la doble afiliación y deberán ser reportados a las Seccional Sanidad Antioquia al correo electrónico meval.cliva-afiliaciones@policia.gov.co
26. La entidad deberá certificar que cuentan con las instalaciones adecuadas y habilitadas por la seccional de salud, mediante las buenas prácticas de abastecimiento y almacenamiento, garantizando así la conservación y vida útil de los medicamentos a suministrar a nuestros usuarios.
27. La entidad contratada deberá garantizar la accesibilidad del punto(s) de dispensación de los medicamentos dentro de los municipios del departamento de Antioquia, garantizando el servicio en el horario de 8:00 horas a 18:00 horas, los 7 días de la semana durante la vigencia del contrato.
28. El contratista deberá velar por brindar oportunidad y priorización en la atención a toda mujer en condición de gestación a todo niño menor de edad, acianos mayores de 65 años y usuarios en condición de discapacidad.
29. El contratista deberá presentar el Acto Administrativo que la acredite para el manejo y distribución de medicamentos, expedida por la Secretaria de Salud Departamental.

ANEXO № III

OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

En virtud del desarrollo del contrato el Contratante se compromete para con el contratista a:

1. A cancelar al contratista el valor del contrato en la forma estipulada.
2. Ejercer el control de Ejecución del Contrato por intermedio del Supervisor del Contrato quien estará encargado de cumplir con lo estipulado en la resolución 03256 de diciembre de 2004.
3. El contratante se reserva el derecho de efectuar una revisión técnica en la prestación de los servicios contratados.
4. Verificar el cumplimiento por parte del contratista de la obligación de efectuar los aportes de que trata el artículo 1ª. De la Ley 828 de 2.003. anexando la factura para el pago.

ANEXO № IV
MEDICAMENTOS AUTORIZADOS

NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICO	VIA ADMINISTRACIO	NIVEL USO	NIVEL ATENCION
ACEITE DE RICINO	SUSTANCIA USP	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
ACETAMINOFEN	100MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
ACETAMINOFEN	150MG/5ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
ACETAMINOFEN	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ACETAMINOFEN+ CODEINA (FOSFATO)	(500+30)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
ACETAMINOFEN+TRAMADOL (CLORHIDRATO)	(325+37.5)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
ACETAZOLAMIDA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
ACETILCISTEINA	0,1	SOLUCION PARA NEBULIZACION	NAS	G	BAJO
ACETILCISTEINA	100MG	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
ACETILCISTEINA	100MG/5ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
ACETILCISTEINA	600MG	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
ACICLOVIR	0,02	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
ACICLOVIR	0,03	UNGÜENTO OFTALMICO	OFT	G	BAJO
ACICLOVIR	0,05	CREMA VAGINAL	VAG	E	MEDIO
ACICLOVIR	0,05	UNGUENTO TOPICO	TOP	G	BAJO
ACICLOVIR	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ACICLOVIR	800MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ACIDO ACETIL SALICILICO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ACIDO ACETIL SALICILICO	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
AIRE COMPRIMIDO MEDICINAL	SUSTANCIA USP	GAS MEDICINAL	NAS	G	MEDIO
ALBENDAZOL	100MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
ALBENDAZOL	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ALCOHOL ETILICO (ETANOL)	0,96	SOLUCION TOPICA	TOP	G	BAJO
ALCOHOL POLIVINILICO	1.4%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	BAJO
ALCOHOL YODADO	(0.5-1)%	SOLUCION TOPICA	TOP	G	BAJO
ALFAMETILDOPA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/	OR	G	BAJO

		COMP			
ALFAMETILDOPA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ALFENTANILO CLORHIDRATO	2.5MG/ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	MEDIO
ALGINATO DE SODIO + ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO CARBONATO	(0.63+2.39)g/100ml	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
ALIZAPRIDA (CLORHIDRATO)	50MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO
ALOPURINOL	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ALOPURINOL	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ALPRAZOLAM	0.25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
ALPRAZOLAM	0.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
ALUMINIO ACETATO	0.05%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
ALUMINIO ACETATO	0.05%	SUSPENSION TOPICA	TOP	G	BAJO
ALUMINIO ACETATO		POLVO	TOP	G	BAJO
ALUMINIO HIDROXIDO	0,06	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
ALUMINIO HIDROXIDO	234 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO+SIMETICONA	(200+200+400)MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
AMANTADINA SULFATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
AMIKACINA (SULFATO)	100MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
AMINOFILINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
AMISULPRIDA	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
AMITRIPTILINA (CLORHIDRATO)	25MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
AMLODIPINO (BESILATO)	10MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
AMLODIPINO (BESILATO)	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
AMODIAQUINA (CLORHIDRATO)	150MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
AMOXICILINA	250MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
AMOXICILINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
AMOXICILINA	500MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
AMOXICILINA+CLAVULANATO	(1+0.2)G	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
AMOXICILINA+CLAVULANATO	(250+125)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
AMOXICILINA+CLAVULANATO DE POTASIO	(400+57)MG/5ML	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO
AMOXICILINA+CLAVULANATO DE POTASIO	(500+125)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO

AMOXICILINA+CLAVULANATO DE POTASIO	(875+125)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
AMPICILINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO	125MG/5ML (2.5%)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO	250MG/5 ML(5%)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
ANTIPIRINA+BENZOCAINA+GLI CERINA	(50+10)MG/ML	SOLUCION OTICA	OT	G	BAJO
ANTITOXINA TETANICA	1500UI	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
ANTIVARICOSO CON ESCINA	ESCINA (base) 1%	GEL TOPICO	TOP	G	BAJO
ARTEMETER + LUMENFANTRINE	20 + 120 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
ARTESUNATO	60 MG	SOLUCION PARENTERAL	OR	E	MEDIO
ARTESUNATO		SUPOSITORIO	REC	E	MEDIO
ASCORBICO ACIDO (VITAMINA C)	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ATORVASTATINA (CALCICA)	20MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
ATROPINA SULFATO	0,01	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
AZITROMICINA	200MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO
AZITROMICINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
BECLOMETASONA DIPROPIONATO	250MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	BAJO
BECLOMETASONA DIPROPIONATO	50MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	BAJO
BECLOMETASONA DIPROPIONATO	50MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION NASAL	NAS	G	BAJO
BENCILO BENZOATO	0,25	LOCION TOPICA	TOP	G	BAJO
BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)	400.000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	IM	G	BAJO
BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)	800.000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	IM	G	BAJO
BENJUI TINTURA	0,12	SOLUCION TOPICA	TOP	G	BAJO
BENZIDAMIDA	0.49%	GRANULADO PARA USO TOPICO	TOP	G	BAJO
BENZIDAMINA	0.5%	CREMA VAGINAL	VAG	E	MEDIO
BENZNIDAZOL	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
BENZNIDAZOL	100MG/ML	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO
BETAMETASONA 17 VALERATO	0,10%	UNGUENTO TOPICO	TOP	G	BAJO
BETAMETASONA ACETATO +BETAMETASONA FOSFATO	(3+3)MG/ML	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
BETAMETASONA DIPROPIONATO	0.05%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
BETAMETASONA DIPROPIONATO	0.05%	UNGUENTO TOPICO	TOP	G	BAJO

BETAMETASONA DIPROPIONATO+ACIDO SALICILICO	(0.05+2)%	SUSPENSION TOPICA	TOP	G	BAJO
BETAMETASONA DIPROPIONATO+ACIDO SALICILICO	(0.05+3)%	UNGUENTO TOPICO	TOP	G	BAJO
BETAMETASONA DIPROPIONATO+CLOTRIMAZOL	(0.05+1)%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
BETAMETASONA DIPROPIONATO+GENTAMICINA SULFATO	(0.5+0.1)%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
BETAMETASONA FOSFATO	0.4% (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
BETAMETASONA VALERATO+GENTAMICINA SULFATO	(0.1+0.1)%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
BETAMETILDIGOXINA	0.1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
BETAMETILDIGOXINA	0.2MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
BETAMETILDIGOXINA	0.6MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO
BIPERIDENO (CLORHIDRATO)	2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
BIPERIDENO LACTATO	5MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
BIPERIDENO RETARD (CLORHIDRATO)	4MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
BISACODILO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
BRIMONIDINA TARTRATO	0.2%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
BROMAZEPAM	3MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
BROMAZEPAM	6MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
BROMOCRIPTINA MESILATO	2.5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
BUDESONIDA MICRONIZADA	0.5MG/ML	SOLUCION PARA NEBULIZACION	NAS	G	BAJO
BUDESONIDA MICRONIZADA	200MCG/DOSIS	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	BAJO
BUDESONIDA MICRONIZADA	50MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	BAJO
CABERGOLINA	0.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
CALCIO CARBONATO	600MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CALCIO CARBONATO+VITAMINA D	600MG (base) +200UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CALCIO FOSFATO	(500-600)MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CALCIO FOSFATO+VITAMINA D	600MG (base) +125U.I	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CALCIPOTRIOL	(0.005-0.010)%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO
CALCITRIOL	0.25MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
CALCITRIOL	0.50MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
CAOLIN PECTINA	(200+10)MG/ML	SUSPENSION	OR	G	BAJO

		ORAL			
CAPTOPRIL	25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CAPTOPRIL	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CARBAMAZEPINA	100MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO
CARBAMAZEPINA RETARD	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
CARBAMAZEPINA RETARD	400MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
CARBON ACTIVADO	0,2	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
CARBOXIMETILCELULOSA SODICA	10MG/ML	SOLUCION/SUSP ENSION OFTALMICA	OFT	G	BAJO
CARVEDILOL	12.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
CARVEDILOL	25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
CARVEDILOL	6.25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
CEFALEXINA	250MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
CEFALEXINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CEFPROZIL	250MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO
CEFPROZIL	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
CEFRADINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
CEFUROXIMA (AXETIL)	250MG/5ML (base)	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO
CEFUROXIMA (AXETIL)	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
CETIRIZINA (CLORHIDRATO)	0.1% (5MG/5ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
CETIRIZINA (CLORHIDRATO)	1% (10MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
CETIRIZINA (CLORHIDRATO)	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12)	1000MCG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
CICLOPENTOLATO CLORHIDRATO	0,01	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
CICLOPIROXOLAMINA	0,01	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO
CICLOPIROXOLAMINA	0,01	SOLUCION TOPICA	TOP	E	MEDIO
CIPROFIBRATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
CIPROFLOXACINA	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
CIPROFLOXACINA	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO	0.3% (base)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO
CLARITROMICINA	125MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO
CLARITROMICINA	250MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO

CLARITROMICINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
CLEMASTINA (FUMARATO)	2MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
CLINDAMICINA	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
CLINDAMICINA (FOSFATO)	100MG	OVULO O TABLETA VAGINAL	VAG	E	MEDIO
CLINDAMICINA (FOSFATO)	2% (base)	CREMA VAGINAL	VAG	G	MEDIO
CLINDAMICINA FOSFATO	1% (base)	SOLUCION TOPICA	TOP	G	MEDIO
CLOBAZAM	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
CLOBAZAM	20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
CLOBETASOL PROPIONATO	0.05%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO
CLOBETASOL PROPIONATO	0.05%	SUSPENSION TOPICA	TOP	E	MEDIO
CLOFAZIMINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	BAJO
CLOMIPRAMINA (CLORHIDRATO) LIBERACION RETARD	75MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
CLONAZEPAM	0.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
CLONAZEPAM	1MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	MEDIO
CLONAZEPAM	2.5MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	C, E	MEDIO
CLONAZEPAM	2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
CLONIDINA (CLORHIDRATO)	0.150MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CLOPIDOGREL (SULFATO)	75MG (Base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
CLORAL HIDRATO	0,1	SOLUCION ORAL	OR	C, E	MEDIO
CLORANFENICOL	125MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
CLORANFENICOL	250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CLORFENIRAMINA	2MG/5 ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
CLORFENIRAMINA MALEATO	4MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CLOROFENOTIAZINILSCOPINA	1.6MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
CLOROFENOTIAZINILSCOPINA	6.5MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO
CLOROFENOTIAZINILSCOPINA	3.6MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	25MG/5ML (base) (0.5%)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	420MG/5ML de base	SOLUCION PARENTERAL	OR	G	BAJO
CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	60MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	OR	G	BAJO
CLOROQUINA (FOSFATO)	150MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
CLOTRIMAZOL	0,01	CREMA TOPICA	TOP	G	MEDIO
CLOTRIMAZOL	0,01	CREMA VAGINAL	VAG	G	BAJO
CLOTRIMAZOL	100MG	OVULO O TABLETA VAGINAL	VAG	G	BAJO
COLAGENASA	8UI/10G	UNGUENTO	TOP	E	MEDIO

		TOPICO			
COLCHICINA	0.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
COLESTIRAMINA ANHIDRA	4G	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	BAJO
COLISTINA+NEOMICINA+HIDRO CORTISONA	(0.15+0.05+0.5)% (1.5+5+0.5)MG/ML	SOLUCION OTICA	OT	G	BAJO
COMPLEJO B		SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
COMPLEJO B		SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
COMPLEJO B		TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
COMPLEJO YODADO	0,08	ESPUMA	TOP	G	BAJO
COMPLEJO YODADO	0,1	SOLUCION TOPICA	TOP	G	BAJO
CORTICOIDE+ANESTESICO		UNGÜENTO RECTAL	REC	G	BAJO
CORTICOIDE+LIDOCAINA	(5+60)MG/SUPOS	SUPOSITORIO	REC	G	BAJO
CORTICOIDE+NEOMICINA SULFATO+POLIMIXINA B SULFATO	(1MG+3.5MG+6000UI)/ M L	SOLUCION/SUSP ENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO
CORTICOIDE+NEOMICINA SULFATO+POLIMIXINA B SULFATO	(5)MG+3.5MG (3500)UI+(6000-10000)UI)/1GraMo	UNGÜENTO OFTALMICO	OFT	G	MEDIO
CORTICOIDE+NEOMICINA SULFATO+POLIMIXINA B SULFATO	(5MG+3.5MG+6600UI)/ M L	SOLUCION/SUSP ENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO
CORTICOIDE+SULFACETAMIDA SODICA+FENILEFRINA CLORHIDRATO	0.2%+10%+0.12%	SOLUCION/SUSP ENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO
CROMOGLICATO SODICO	2% (20MG/ML)	SOLUCION NASAL	NAS	G	BAJO
CROMOGLICATO SODICO	2% (20MG/ML)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	BAJO
CROMOGLICATO SODICO	4% (40MG/ML)	SOLUCION NASAL	NAS	G	BAJO
CROMOGLICATO SODICO	4% (40MG/ML)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	BAJO
CROTAMITON	0,1	LOCION TOPICA	TOP	G	BAJO
DAPSONA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	BAJO
DEFLAZACORT	22.75MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO
DEFLAZACORT	30MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
DEFLAZACORT	6MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
DESLORATADINA	0.5MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
DESONIDA	0.05%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO
DESONIDA	0.05%	EMULSION TOPICA	TOP	G	BAJO
DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO	(0.2-0.3)% (10MG/5ML-15MG/5ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
DIAZEPAM	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
DICLOFENAC (SODICO)+ CODEINA (FOSFATO)	(50+50)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
DICLOFENACO (SODICO)	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
DICLOFENACO (SODICO)	50MG	TAB/CAPS/GRAG/	OR	G	BAJO

		COMP			
DICLOFENACO (SODICO)	75MG/3ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
DICLOFENACO (SODICO)+COLESTIRAMINA	75MG (Base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
DICLOFENACO SODICO	1MG/ML	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO
DICLOXACILINA (SODICA)	250MG/5ML (base)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
DICLOXACILINA (SODICA)	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
DIFENHIDRAMINA	100MG/10 ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO
DIFENOXILATO+ATROPINA (SULFATO)	(2.5+0.025)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
DIHIDROCODEINA BITARTRATO	0.24% (2.42MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
DIHIDROERGOTOXINA MESILATO	4.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
DIHIDROGESTERONA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
DILTIAZEM (CLORHIDRATO)	180MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
DILTIAZEM (CLORHIDRATO)	60MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
DIMENHIDRINATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
DIPIRONA	500MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
DIPIRONA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
DIPIRONA (METAMISOL SODICO)	1G/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
DIPIRONA (METAMISOL SODICO)	2.5G/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
DIPIRONA MAGNESICA	2G/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
DIPIRONA+ISOMETHEPTENO (CLORHIDRATO)+CAFEINA ANHIDRA	(300+50+30)MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
DIVALPROATO SODICO ACCION PROLONGADA	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
DOMPERIDONA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
DOMPERIDONA	1MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO
DOXAZOCINA MESILATO	2MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
DOXAZOCINA MESILATO	4MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
DOXICICLINA (CLORHIDRATO)	100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
DOXOFILINA	100MG/5ML	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO
ENALAPRIL (MALEATO)	20MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ENALAPRIL (MALEATO)	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ERGOTAMINA (TARTRATO)+CAFEINA	(1+100)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ERITROMICINA	(4-5)%	GEL TOPICO	TOP	G	MEDIO

ERITROMICINA (ESTEARATO)	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
ERITROMICINA (METILSUCCINATO O ESTEARATO)	5% (250MG/5ML) (base)	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO
ESPIRAMICINA	3 M UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
ESPIRONOLACTONA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ESPIRONOLACTONA	25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ESTIBOGLUCONATO DE SODIO	100MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
ESTRADIOL	25MCG	PARCHE TOPICO	TOP	E	MEDIO
ESTRADIOL VALERATO	2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
ESTRADIOL+CIPROTERONA	(2+1)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
ESTRADIOL+NORGESTREL	(2+0.5)MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
ESTRIOL	1MG/G	CREMA VAGINAL	VAG	E	MEDIO
ESTRIOL	3.5MG	OVULO O TABLETA VAGINAL	VAG	E	MEDIO
ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS	0.0625% (0.625MG/G)	CREMA VAGINAL	VAG	E	MEDIO
ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS	0.3MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS	0.625MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
ETAMBUTOL (CLORHIDRATO)	400MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
ETIONAMIDA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
FENAZOPIRIDINA (CLORHIDRATO)	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
FENILEFRINA CLORHIDRATO	2.5% (25MG/ML)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO
FENITOINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
FENITOINA SODICA	125MG/5 ML (2.5%)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
FENOBARBITAL	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, G	BAJO
FENOBARBITAL	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, G	BAJO
FENOBARBITAL	20MG/5 ML (0.4%)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
FENOBARBITAL	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, G	BAJO
FENOXIMETILPENICILINA	250MG/5ML (5%)	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
FENOXIMETILPENICILINA	500 a 650 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
FENTANILO CITRATO	0.005% (0.5MG/10ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	MEDIO
FEXOFENADINA (CLORHIDRATO)	120MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
FEXOFENADINA+FENILEFRINA	(0.6+0.30)MG	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO
FEXOFENADINA+FENILEFRINA	(60-120)+25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO

FLUCONAZOL	150MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
FLUCONAZOL	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
FLUCONAZOL	50MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO
FLUNARIZINA (CLORHIDRATO)	10MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
FLUORESCEINA SODICA	0,1	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
FLUOROMETALONA	0.1% (1MG/ML)	SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO
FLUORURACILO	0,05	UNGUENTO TOPICO	TOP	E	MEDIO
FLUORURACILO	2.5%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO
FLUOXETINA	20MG/5 ML (base)	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO
FOLICO ACIDO	1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
FOLICO ACIDO	1MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO
FOLICO ACIDO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
FOLICO ACIDO+COMPUESTO DE HIERRO	(0.25-1)MG+(100-525)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
FOLICO ACIDO+SAL FERROSA	(0.150+80)MG/15ML	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO
FORMOTEROL (FUMARATO)	12MCG (base)	POLVO PARA NEBULIZAR	OR	G	MEDIO
FORMULA MATERNIZADA	20-24CAL	POLVO	OR	G, E	MEDIO
FOSFATO MONOBASICO DE SODIO+FOSFATO DIBASICO DE SODIO	(16+6)%	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
FOSFATO MONOBASICO DE SODIO+FOSFATO DIBASICO DE SODIO		ENEMA * 133 mL	REC	G	BAJO
FOSINOPRIL (SODICO)	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
FOSINOPRIL (SODICO)	20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
FRACCION FLAVONOIDE MICRONIZADA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
FURAZOLIDONA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
FURAZOLIDONA	50MG/15ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
FUROSEMIDA	20MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO
FUROSEMIDA	40MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
FUSIDICO ACIDO	0,02	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
GABAPENTIN	400MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
GABAPENTIN	600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
GEMFIBROZILO	600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
GEMFIBROZILO	900MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
GENTAMICINA (SULFATO)	160MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO

GENTAMICINA (SULFATO)	80MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
GENTAMICINA SULFATO	(0.3)% 3MG/ML (base)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	BAJO
GENTAMICINA SULFATO	1% (base)	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
GINKGO BILOBA EXTRACTO	40MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
GINKGO BILOBA EXTRACTO	80MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
GLIBENCLAMIDA	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
GLICERILO GUAYACOLATO	0,02	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
GLICERINA ADULTOS	(2.39 - 2.76)G	SUPOSITORIO	REC	G	BAJO
GLICERINA CARBONATADA	0,01	SOLUCION OTICA	OT	G	BAJO
GLICERINA NINOS	(1.36)G	SUPOSITORIO	REC	G	BAJO
GLICLAZIDA	80MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
GLIMEPIRIDA	2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
HALOPERIDOL	0.2% (2MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO
HALOPERIDOL	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
HALOPERIDOL	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
HALOPERIDOL	5MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
HEPARINA DE BAJO P.M.	(2500-4000)UI	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G,H, E	MEDIO
HEPARINA DE BAJO P.M.	(4001-6000)UI	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G,H, E	MEDIO
HEPARINA DE BAJO P.M.	(6001-8000)UI	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G,H, E	MEDIO
HEPARINA DE BAJO P.M.	(2500-4000)UI	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G,H, E	MEDIO
HIDROCLOROTIAZIDA	25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
HIDROCLOROTIAZIDA+AMILORIDA (CLORHIDRATO)	(50+5)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
HIDROCORTISONA	1MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO
HIDROCORTISONA (ACETATO)	0,01	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
HIDROCORTISONA (ACETATO)	0,50%	SUSPENSION TOPICA	TOP	G	BAJO
HIDROCORTISONA+AC. FUSIDICO	(1+2)%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
HIDROXICINA	100MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO
HIDROXICINA (CLORHIDRATO)	0.25%	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
HIDROXICINA (CLORHIDRATO)	25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
HIDROXIPROGESTERONA CAPROATO	250MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
HIERRO SACARATO	100MG/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO
HIERRO SULFATO	125MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
HIERRO SULFATO	195MG/4ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
HIERRO SULFATO	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO

HIOSCINA BUTIL BROMURO	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
HIOSCINA BUTIL BROMURO	20MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA	(20MG+2.5G)/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
HIOSCINA BUTIL BROMURO+PARACETAMOL	(10+500)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
HIOSCINA BUTIL BROMURO+PARACETAMOL	(2+100)MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
IBANDRONICO ACIDO	6MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
IBUPROFENO	100MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
IBUPROFENO	400MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
IBUPROFENO	600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
IBUPROFENO	800MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
IDARRUBICINA CLORHIDRATO	10MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
IDARRUBICINA CLORHIDRATO	5MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
IMIPRAMINA (CLORHIDRATO)	25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
IMPLANTE DE PROGESTINA		IMPLANTE SUBDERMICO	SC	E	MEDIO
INDAPAMIDA	2.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
INMUNOGLOBULINA ANTI D	300MCG/2ML	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
INSULINA ANALOGA BIFASICA (LISPRO PROTAMINA) PREMEZCLA	25 + 75UI/3mL	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	E	MEDIO
INSULINA ASPARTA	300UI/3mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO
INSULINA DETEMIR	300UI/3mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO
INSULINA GLARGINA	1000UI/10mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO
INSULINA GLARGINA	300UI/3mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO
INSULINA GLULISINA	300UI/3mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO
INSULINA HUMANA CRISTALINA O REGULAR	1.000UI/10ML	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G	BAJO
INSULINA HUMANA CRISTALINA O REGULAR	300UI/3ML	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G	BAJO
INSULINA HUMANA N	1.000UI/10ML	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G	BAJO
INSULINA HUMANA N	300UI/3ML	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G	BAJO
INSULINA HUMANA N/C	(70+30)UI/10ML	SOLUCION INYECTABLE	SC	G	BAJO
INSULINA HUMANA N/C	(70+30)UI/3ML	SOLUCION INYECTABLE	SC	G	BAJO
INSULINA LISPRO	1000UI/10mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO

INSULINA LISPRO	300UI/3mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO
IPRATROPIO BROMURO	0.25MG/ML	SOLUCION PARA INHALACION NASAL	NAS	G	BAJO
IPRATROPIO BROMURO	20 MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	MEDIO
IPRATROPIO BROMURO+FENOTEROL BROMHIDRATO	(0.25+0.5)MG/ML	SOLUCION PARA INHALACION NASAL	NAS	G	BAJO
IPRATROPIO BROMURO+FENOTEROL BROMHIDRATO	(20+50)MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	MEDIO
IPRATROPIO BROMURO+SALBUTAMOL SULFATO	(0.5+2.5)MG/2.5ML	SOLUCION PARA NEBULIZACION	NAS	G	BAJO
IPRATROPIO BROMURO+SALBUTAMOL SULFATO	(21+120)MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	MEDIO
ISOCONAZOL NITRATO	10MG/ML	SUSPENSION TOPICA	TOP	G	MEDIO
ISOCONAZOL NITRATO	600MG	OVULO O TABLETA VAGINAL	VAG	G	MEDIO
ISOFLAVONAS (FITOESTROGENOS)		TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
ISONIAZIDA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
ISONIAZIDA	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
ISOSORBIDE DINITRATO	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ISOSORBIDE DINITRATO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ISOSORBIDE MONONITRATO	20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
IVERMECTINA	0.6%	SOLUCION ORAL	OR	E	BAJO
KETOCONAZOL	0,02	CHAMPU	TOP	G	MEDIO
KETOCONAZOL	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
KETOPROFENO	100MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
KETOPROFENO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
KETOPROFENO	2.5%	GEL TOPICO	TOP	E	MEDIO
KETOPROFENO	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
KETOTIFENO	1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
KETOTIFENO FUMARATO	0.025%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
LABETALOL CLORHIDRATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		E	MEDIO
LACTULOSA	66.7%	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO
LAMOTRIGINA	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
LANSOPRAZOL	30MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
LATANOPROST	0.005%	SOLUCION	OFT	E	MEDIO

		OFTALMICA			
LEVODOPA+CARBIDOPA	(100+25)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
LEVODOPA+CARBIDOPA	(250+25)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
LEVOMEPROMAZINA	25MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
LEVOMEPROMAZINA MALEATO	100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
LEVOMEPROMAZINA MALEATO	25MG(base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
LEVOMEPROMAZINA MALEATO	4% (base)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
LEVONORGESTREL	30MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
LEVONORGESTREL	75MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
LEVONORGESTREL+ETILINILE STRADIOL	(150+30)MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
LEVOTIROXINA SODICA	100MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
LEVOTIROXINA SODICA	125MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
LEVOTIROXINA SODICA	137MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
LEVOTIROXINA SODICA	175MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
LEVOTIROXINA SODICA	200MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
LEVOTIROXINA SODICA	50MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
LEVOTIROXINA SODICA	75MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
LEVOTIROXINA SODICA + LIOTIRONINA	(120 + 30) mcg	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
LIDOCAINA+PRILOCAINA	(25+25)MG	PARCHE TOPICO	TOP	E	BAJO
LITIO CARBONATO	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
LODOXAMIDA TROMETAMINA	0.1% (base)	SOLUCION/SUSP ENSION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
LOPERAMIDA (CLORHIDRATO)	2MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
LORATADINA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
LORATADINA	5MG/5ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
LORATADINA+FENILEFRINA	(5+10)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
LORATADINA+FENILEFRINA	1+(1.2-2)MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
LORATADINA+FENILEFRINA	5+(15-30)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
LORAZEPAM	1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, G	MEDIO
LORAZEPAM	2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, G	MEDIO
LOSARTAN (POTASICO)	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
LOSARTAN (POTASICO)	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
LOVASTATINA	20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO

MAGNESIO SULFATO USP		GRANULADO	TOP/OR	G	BAJO
MEBENDAZOL	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
MEBENDAZOL	2% 100MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	2.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	50MG/ML	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
MEDROXIPROGESTERONA+ESTRADIOL	(25+5)MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
MEFLOQUINA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
MEGLUMINA ANTIMONIATO	1.5G/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO
MELOXICAM	7.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
MENTOL+ALCANFOR+GUAYACOL	(3+4+1)%	UNGUENTO TOPICO	TOP	G	BAJO
METFORMINA CLORHIDRATO	1000MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
METFORMINA CLORHIDRATO	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
METFORMINA CLORHIDRATO	850MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
METILERGOMETRINA MALEATO	0.2MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
METILPREDNISOLONA ACETATO	40MG	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
METIMAZOL	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
METOCARBAMOL	750MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	BAJO
METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	0.4% (4MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	10MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	10MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
METOPROLOL TARTRATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
METOPROLOL TARTRATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
METOXALENO	10MG.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
METRONIDAZOL	0.75%	GEL TOPICO	TOP	G	MEDIO
METRONIDAZOL	250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
METRONIDAZOL	5%(250MG/5ML)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
METRONIDAZOL	500MG	OVULO O TABLETA VAGINAL	VAG	G	BAJO
METRONIDAZOL	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
METRONIDAZOL+NISTATINA	500MG+100.000UI	OVULO O TABLETA VAGINAL	VAG	G	BAJO
MICONAZOL	0,02	GEL ORAL	OR	G	BAJO
MICONAZOL NITRATO	0,02	CREMA TOPICA	TOP	G	MEDIO

MIDAZOLAM (MALEATO)	7.5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
MIDAZOLAM CLORHIDRATO	0.5% (15MG/3ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	MEDIO
MILTEFOSINA	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
MILTEFOSINA	6G/100ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO
MINOXIDIL	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
MIRTAZAPINA	15MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
MIRTAZAPINA	30MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
MISOPROSTOL	100 MCG	OVULO O TABLETA VAGINAL		E	MEDIO
MISOPROSTOL	200MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
MOMETASONA FUROATO	0.1%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO
MOMETASONA FUROATO	0.1%	SUSPENSION TOPICA	TOP	E	MEDIO
MONTELUKAST (SODICO)	10MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
MONTELUKAST (SODICO)	4MG (base)	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO
MONTELUKAST (SODICO)	4MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
MONTELUKAST (SODICO)	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
MOXIFLOXACINO (CLORHIDRATO)	400MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
MULTIVITAMINAS Y MINERALES	S.M.N.F.	SOLUCION ORAL - GOTAS PEDIATRICAS	OR	G	BAJO
MULTIVITAMINAS Y MINERALES	S.M.N.F.	SOLUCION ORAL- JARABE	OR	G	BAJO
MULTIVITAMINAS+MINERALES	S.M.N.F.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
MUPIROCINA	0,02	UNGUENTO TOPICO	TOP	E	MEDIO
N ACETIL ASPARTIL GLUTAMICO (SAL SODICA)	4.9%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO
NALIDIXICO ACIDO	5G/100ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO
NAPROXEN (SODICO)	125MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
NAPROXEN (SODICO)	250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
NAPROXEN (SODICO)	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
NIFEDIPINA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
NIFEDIPINA LIBERACION OSMOTICA	30MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
NIFEDIPINA LIBERACION PROGRAMADA/RETARD	30MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
NISTATINA	100.000 UI	OVULO O TABLETA VAGINAL	VAG	G	BAJO
NISTATINA	100.000 UI /G	CREMA VAGINAL	VAG	G	BAJO

NISTATINA	100.000 UI/ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
NISTATINA	500.000 UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
NISTATINA+ZINC OXIDO	(100.000 UI+0.2G)/G	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
NITAZOXANIDA	0,02	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO
NITAZOXANIDA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
NITROFURANTOINA	5MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO
NITROFURANTOINA MACRONIZADA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
NITROFURAZONA	0.2%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
NITROPRUSIATO DE SODIO	2.5%	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
NORETINDRONA+ETINILESTRADIOL	1MG+35MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
NORETISTERONA ACETATO+ESTRADIOL VALERATO	(1+2)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		G	BAJO
NORETISTERONA ENANTATO+ESTRADIOL VALERATO	(50+5)MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO
NORFLOXACINA	400MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
OFLOXACINA	0,30%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO
OLANZAPINA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
OLOPATADINA CLORHIDRATO	0,20%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
OMEPRAZOL	20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
OXCARBAZEPINA	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
OXCARBAZEPINA	600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
OXCARBAZEPINA	60MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO
OXIBUTININO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
OXIBUTININO CLORHIDRATO (RETARD)	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
OXIBUTINO (CLORHIDRATO)	5MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
OXIDO NITRICO	SUSTANCIA USP	GAS MEDICINAL	NAS	G	MEDIO
OXIGENO GASEOSO	SUSTANCIA USP	GAS MEDICINAL	NAS	G	MEDIO
OXIGENO LIQUIDO	SUSTANCIA USP	GAS MEDICINAL	NAS	G	MEDIO
OXIMETAZOLINA SOLUCION	0,03%	SOLUCION NASAL	NAS	G	BAJO
OXIMETAZOLINA SOLUCION	0,05%	SOLUCION NASAL	NAS	G	BAJO
OXITETRACICLINA CLORHIDRATO+POLIMIXINA B	0.5%+(1000UI/Gramo)	UNGÜENTO OFTALMICO	OFT	G	BAJO
OXITOCINA	10UI/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	BAJO
PANCREATINA+ DIMETILPOLISILOXANO	(170-200)MG+(25-100)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO

PENICILINA G BENZATINICA	1'200.000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	IM	G	BAJO
PENICILINA G BENZATINICA	2'400.000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	IM	G	BAJO
PENICILINA V POTASICA	250MG/5ML (base)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
PENTOXIFILINA	400MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PEROXIDO DE BENZOILO	(2.5 - 10)%	GEL TOPICO	TOP	G	MEDIO
PICOSULFATO DE SODIO	1.5MCG/Gota (7.5MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO
PICOSULFATO DE SODIO	5MG/15ML	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO
PILOCARPINA CLORHIDRATO	0,02	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
PIOGLITAZONA	30MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
PIPERAZINA	1G/5ML(20%)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
PIPOTIAZINA PALMITATO	25MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
PIRANTEL (EMBONATO O PAMOATO)	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PIRANTEL (EMBONATO O PAMOATO)	250MG/5ML (base 5%)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
PIRANTEL (PAMOATO) + OXANTEL (PAMOATO)	(250+250)MG/5ML (base)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
PIRAZINAMIDA	400MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
PIRAZINAMIDA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
PIRIDOSTIGMINA BROMURO	60MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
PIRIDOXINA	10-50MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO
PIRIDOXINA (VITAMINA B6)	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PIRIMETAMINA	25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PIRIMETAMINA + SULFADOXINA	(25 + 500) MG/5 mL (0.5% + 10%)	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
PIRIMETAMINA+SULFADOXINA	25MG.+500MG.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PLATA SULFADIAZINA	0.01	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
PODOFILINA	0,2	SOLUCION TOPICA	TOP	G	BAJO
POLIACRILICO ACIDO	(0.20 - 0.25)%	GEL OFTALMICO	OFT	G	MEDIO
POMADA SECANTE	0,01	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO
PRAVASTATINA (SODICA)	20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
PRAZIQUANTEL	600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PRAZOSINA	1 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PREDNISOLONA	(1-10)MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO
PREDNISOLONA	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PREDNISOLONA + FENILEFRINA	1% + 0.12%	SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	BAJO

PREDNISONA	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
PRIMAQUINA (FOSFATO)	15MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PRIMAQUINA (FOSFATO)	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PRIMIDONA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO
PROCARBAZINA (CLORHIDRATO)	50MG(base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
PROMETAZINA (CLORHIDRATO)	25MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PROMETAZINA (CLORHIDRATO)	50MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
PROPAFENONA (CLORHIDRATO)	150MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
PROPARACAINA CLORHIDRATO	5MG/ML	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
PROPILTIOURACILO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
PROPRANOLOL (CLORHIDRATO)	40MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
PSYLLIUM MUSCILAGO	(49-90)%	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO
QUINAPRIL (CLORHIDRATO)	10MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
QUINAPRIL (CLORHIDRATO)	20MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
QUININA CLORHIDRATO	5% (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
QUININA SULFATO	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
QUININA SULFATO	300MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
QUININA SULFATO	600MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
RANITIDINA (CLORHIDRATO)	150MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
RANITIDINA (CLORHIDRATO)	150MG/10ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
RANITIDINA (CLORHIDRATO)	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
RETINOICO ACIDO	0.025%	CREMA TOPICA	TOP	E	BAJO
RETINOICO ACIDO	0,05%	CREMA / GEL TOPICO	TOP	E	BAJO
RETINOICO ACIDO+HIDROQUINONA	0.05 %+(2-5)%	CREMA TOPICA	TOP	E	BAJO
RIFABUTINA	250 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
RIFAMPICINA	100MG/5ML (2%)	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO
RIFAMPICINA	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	(150 + 150)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	(60 + 60)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA	(60 + 30 + 150)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
RIFAMPICINA + ISONIAZIDA +	(150 + 75 + 400 +	TAB/CAPS/GRAG/	OR	G	MEDIO

PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL	275)MG	COMP			
RIFAMPICINA+ISONIAZIDA	300+150MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
RISPERIDONA	1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
RISPERIDONA	1MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO
RISPERIDONA	2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
RISPERIDONA	3MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
SACCHAROMYCES BOULARDI	250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
SALBUTAMOL (SULFATO)	0.04% (2MG/5ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
SALBUTAMOL (SULFATO)	100MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	BAJO
SALBUTAMOL (SULFATO)	4MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
SALBUTAMOL (SULFATO)	5MG/ML	SOLUCION PARA NEBULIZACION	NAS	G	BAJO
SALES DE REHIDRATACION ORAL	Aporte al menos 60 meq de sodio	POLVO	OR	G	BAJO
SALES DE REHIDRATACION ORAL	Aporte al menos 60 meq de sodio	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
SALICILICO ACIDO+LACTICO ACIDO	(14-26)%+(4-16)%	SUSPENSION TOPICA	TOP	G	BAJO
SECNIDAZOL	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
SECNIDAZOL	500MG/15ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
SODIO CLORURO (SOLUCION SALINA HIPERTONICA)	0,05	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
SODIO CLORURO (SOLUCION SALINA NORMAL)	0.9%	SOLUCION NASAL	NAS	G	BAJO
SOTALOL (CLORHIDRATO)	160MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
SUCRALFATE	1G	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
SUCRALFATE	1G/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
SUERO ANTIGANGRENOSO		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
SUERO ANTIOFIDICO MONOVALENTE		POLVO O SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE	15ML	POLVO O SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE+FABOTERAPIC O		POLVO O SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
SUERO ANTIRRABICO		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
SULFACETAMIDA SODICA	10-15%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	BAJO
SULFACETAMIDA SODICA+CORTICOIDE	(10+0.25)%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO

TACROLIMUS	0,03%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO
TACROLIMUS	0,10%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO
TALIDOMIDA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	BAJO
TECLOZAN	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
TEOFILINA	80MG/15ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
TEOFILINA LIBERACION LENTA	125MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
TEOFILINA LIBERACION LENTA	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
TERAZOSIN (CLORHIDRATO)	1MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
TERAZOSIN (CLORHIDRATO)	2MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
TERAZOSIN (CLORHIDRATO)	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
TERBINAFINA CLORHIDRATO	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
TERBUTALINA (SULFATO)	0.5MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
TETRACAINA CLORHIDRATO	5 MG/mL (0.5%)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
TETRACICLINA CLORHIDRATO	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
TIAMINA (VITAMINA B1)	100MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
TIAMINA (VITAMINA B1)	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
TIBOLONA	2.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
TIMOLOL MALEATO	0,50%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
TIMOLOL MALEATO+DORZOLAMIDA CLORHIDRATO	(0.5+2)%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
TIMOLOL+BIMATOPROST	(5+0.3)MG/ML	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
TINIDAZOL	20% (1G/5ML)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
TINIDAZOL	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
TIOACETAZONA + ISONIAZIDA	(150 + 300)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
TIZANIDINA (CLORHIDRATO)	2MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
TIZANIDINA (CLORHIDRATO)	4MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
TOBRAMICINA SOLUCION	0,30%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO
TOBRAMICINA+DEXAMETASON A	(0.3+0.1)%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO
TOLTERODINA (TARTRATO)	2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
TOXOIDE DIFTERICO		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
TOXOIDE TETANICO	40UI/0.5ML	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	G	BAJO

TRAMADOL	10% (100MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO
TRAMADOL (CLORHIDRATO)	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
TRAMADOL (CLORHIDRATO)	100MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
TRAMADOL (CLORHIDRATO)	50MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO
TRAVOPROST	0.004%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
TRAZODONA CLORHIDRATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
TRAZODONA CLORHIDRATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
TRIAMCINOLONA ACETONIDA	10MG/ML	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	G	BAJO
TRIAMCINOLONA ACETONIDA	40MG/ML	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO
TRIMEBUTINA	200MG/15ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO
TRIMEBUTINA MALEATO	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
TRIMEBUTINA MALEATO	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
TRIMETOPRIM+SULFAMETOXA ZOL	(160+800)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
TRIMETOPRIM+SULFAMETOXA ZOL	(40+200)MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
TRIMETOPRIM+SULFAMETOXA ZOL	(80+400)MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
TROPICAMIDA	1% (10MG/ML)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO
UREA	0,1	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO
UREA	0,4	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO
URSODESOXICOLICO ACIDO	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
VALPROICO ACIDO	250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
VALPROICO ACIDO	250MG/5ML	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO
VALPROICO ACIDO+VALPROATO DE SODIO	125MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
VALPROICO ACIDO+VALPROATO DE SODIO	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
VALPROICO ACIDO+VALPROATO DE SODIO	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
VALSARTAN	160MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
VALSARTAN	80MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
VASELINA PURA USP		UNGUENTO TOPICO	TOP	G	BAJO
VERAPAMILO (CLORHIDRATO)	80MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	MEDIO
VERAPAMILO (CLORHIDRATO) RETARD	120MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
VERAPAMILO (CLORHIDRATO) RETARD	240MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
VERAPAMILO (CLORHIDRATO)+TRANDOLAPR IL	180MG+2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
VITAMINA A	100.000U.I	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO

VITAMINA A	50.000U.I	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
VITAMINA E	400UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
VITAMINA K1 (FITOMENADIONA)	10MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO
WARFARINA SODICA	2.5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
WARFARINA SODICA	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	E	MEDIO
YODOPOVIDONA BUCOFARINGEO	0,08	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO
ZINC+MULTIVITAMINAS	S.M.N.F.	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO
ZINC+MULTIVITAMINAS	S.M.N.F.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	G	BAJO
ZOLPIDEM (TARTRATO)	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	OR	C, E	MEDIO

ANEXO № V
MATRIZ DE RIESGOS

№	CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	DESCRIPCIÓN (QUE PUEDE SUCEDER Y COMO PUEDE OCURRIR PROBABILIDAD	PROBABILIDAD	IMPACTO	CATEGORÍA DEL RIESGO	MITIGACIÓN DEL RIESGO
1	General	Externo	Ejecución	Financiero	Variación en las circunstancias financieras del contratista en forma negativa que pongan en riesgo la ejecución del contrato.	1	2	2	Transferir
2	General	Interno	Selección	Operacionales	Aspectos que afecten el desarrollo del proceso o la ejecución del contrato, incluyendo aquí el personal idóneo y con el perfil adecuado para el buen y normal desarrollo del contrato.	1	2	2	Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento
3	General	Interno	Planeación	Operacionales	Situaciones de orden legal que impidan la presentación de una oferta o el posterior desarrollo del contrato ya suscrito.	1	2	2	Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento
4	General	Interno	Planeación	Operacionales	Ausencia de oferentes o que habiendo recibido ofertas ninguna de ellas haya resultado habilitada y/o que nos se presente.	2	2	2	Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento
5	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	2	Transferir
6	General	Externo	Ejecución	Operacionales	Cumplimiento tardío o incumplimiento definitivo de las obligaciones contraídas.	1	2	2	Transferir
7	General	Externo	Ejecución	Operacionales	El contratista no allega o demora documentación o no suscribe actas.	1	2	2	Transferir
8	General	Externo	Contratación	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	2	Transferir
9	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
10	Especifico	Externo	Ejecución	Operacionales	Abandono del paciente o negación de atención medica	2	3	5	Transferir
11	General	Externo	Ejecución	Operacionales	No pago de las obligaciones de carácter laboral que por su naturaleza deba asumir el contratista.	2	2	2	Transferir

ANEXO № VI
CODIGOS UNSPSC

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO	PRODUCTO
51	10	15	00	ANTIBIOTICOS
51	10	16	00	AMEBICIDAS TRICOMONACIDAS Y ANTIPROTOZOARIOS
51	10	17	00	ANTIHELMINTICOS Y OTROS ANTIPARASITARIOS
51	10	18	00	FUNGICIDAS
51	10	19	00	MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA
51	10	20	00	MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS
51	10	21	00	LEPROSTATICOS
51	10	22	00	ANTIINFECCIOSOS Y ANALGESICOS URINARIOS
51	10	23	00	MEDICAMENTOS ANTIVIRALES
51	10	24	00	OFTALMICO
51	10	27	00	ANTISEPTICOS
51	11	15	00	AGENTES ALQUILANTE
51	11	16	00	ANTIMETABOLITOS
51	11	17	00	ANTIBIOTICOS Y ANTINEOPLASICOS
51	12	15	00	AGENTES ANTIARRITMIA
51	12	16	00	MEDICAMENTOS ANTIANGINA
51	12	17	00	MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS
51	12	18	00	AGENTES ANTIHIPERLIPIDEMICOS / HIPOCOLESTEROLEMICOS
51	12	19	00	MEDICAMENTOS PARA LA INSUFICIENCIA CARDIACA
51	13	15	00	MEDICAMENTOS ANTIANEMICOS
51	13	16	00	ANTICOAGULANTES
51	13	20	00	AGENTES HEMORREOLOGICOS
51	14	15	00	ANTICONVULSIVOS
51	14	16	00	ANTIDEPRESIVOS
51	14	17	00	AGENTES ANTIPSICOTICOS
51	14	18	00	HIPNOTICOS
51	14	19	00	TRANQUILIZANTES Y FARMACOS ANSIOLITICOS Y ANTIMANIACOS
51	14	20	00	ANALGESICOS NO NARCOTICOS/ANTIPIRETICOS
51	14	21	00	FARMACOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS
51	14	22	00	ANALGESICOS NARCOTICOS
51	14	24	00	MEDICAMENTOS PARA DOLORES DE CABEZA VASCULARES Y MIGRAÑAS
51	14	25	00	MEDICAMENTOS CONTRA EL PARKINSON
51	14	29	00	FARMACOS ANESTESICOS, COMPLEMENTOS RELACIONADOS

51	15	16	00	AGENTES BLOQUEADORES COLINERGICOS
51	15	17	00	SIMPATOMIMETICOS
51	15	18	00	AGENTES BLOQUEADORES ANDRENERGICOS
51	15	19	00	RELAJANTES MUSCULO-ESQUELETICOS
51	15	20	00	AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES
51	16	15	00	ANTIASMATICOS
51	16	16	00	ANTIHISTAMINICOS
51	16	17	00	MEDICAMENTOS PARA ALTERACIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO
51	16	18	00	PRODUCTOS PARA LA TOS RESFRIADOS Y ANTIALERGICOS
51	16	19	00	DESCONGESTIONANTES NASALES
51	17	15	00	ANTIACIDOS Y ANTIFLATULENTOS
51	17	16	00	LAXANTES
51	17	17	00	ANTIDIARREICOS
51	17	18	00	AGENTES ANTIVERTIGO, ANTINAUSANTES Y ANTIEMETICOS
51	17	19	00	FARMACOS ANTIULCERA Y OTROS FARMACOS GASTROINTESTINALES
51	17	21	00	ANTIESPASMODICOS
51	18	15	00	AGENTES ANTIDIABETICOS Y AGENTES HIPERGLICEMICOS
51	18	16	00	MEDICAMENTOS TIROIDEAS Y ANTITIROIDEAS
51	18	17	00	CORTICOSTEROIDES
51	18	18	00	ESTROGENOS,PROGESTERONAS Y ANTICONCEPTIVOS
51	18	22	00	MEDICAMENTOS PARA INDUCCION DEL PARTO
51	18	24	00	SALES DE CALCIO Y REGULADORES DE CALCIO
51	19	15	00	DIURETICOS
51	19	16	00	ELECTROLITOS
51	19	18	00	SALES DE POTACIO
51	19	19	00	SUPLEMENTOS DIETETICOS Y PRODUCTOD DE TERAPIA ALIMENTICIA
51	20	15	00	INMUNODEPRESORES
51	20	16	00	VACUNAS, ANTIGENOS Y TOXOIDES
51	20	18	00	AGENTES INMUNOESTIMULANTES
51	21	15	00	MEDICAMENTOS ANTIGOTA
51	21	16	00	ANTIDOTOS Y EMETICOS
51	24	11	00	AGENTES OFTALMICOS
51	24	12	00	AGENTES DERMATOLOGICOS
51	24	13	00	ASTRINGENTES

FORMULARIO № 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

xxxMunicipioxxx xdiax de xmesx de 2018,

Señores
POLICÍA NACIONAL – SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA
Carrera 43 A № 48 C sur – 45 Barrio Primavera
Envigado Antioquia

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación Directa **PN SECSA CD IA 342-2018** cuyo objeto Suministro y dispensación informada de medicamentos ambulatorios nivel I y II descritos en el acuerdo 052 (Anexo No. 4) para los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, en el municipio de VALPARAISO ANTIOQUIA

Yo **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de REPRESENTANTE LEGAL, me permito presentar, en nombre de E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, propuesta seria y formal para participar en el proceso de Contratación Directa **PN SECSA CD IA 342-2018**, convocado por la SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA - DE LA POLICIA NACIONAL –, cuyo objeto es Suministro y dispensación informada de medicamentos ambulatorios nivel I y II descritos en el acuerdo 052 (Anexo No. 4) PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, EN EL MUNICIPIO DE VALPARAISO ANTIOQUIA, así: conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, su Decreto reglamentario, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él.

Los ítems se encuentran detalladamente enunciados en la invitación y en el anexo N° 1 y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Valor total de la propuesta, incluido IVA y demás impuestos y gravámenes **($540,000.00)**
2. Que la tarifa ofertada es _____ %
3. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formatos.
4. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
5. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.
6. Que el proponente, en este caso : E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
7. Que el nombre de su representante legal es:
   Dirección: _____
   Teléfono: _____ Fax _____
8. 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.

9. Que nos comprometemos a proveer a la POLICÍA NACIONAL – SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, el Suministro de Medicamentos ofrecido en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por la invitación para la Contratación Directa, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en la invitación, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.
10. Declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los Medicamentos que se entregarán a la SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación, sus Anexos y sus Formatos.
11. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del contrato que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan.
12. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
13. Reconocemos que ni LA SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA, 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.
14. Reconocemos que ni la invitación a presentar oferta del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.
15. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la Ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA se encuentra facultada para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general El Suscrito representante legal presento en calidad de proponente al presente proceso de selección y contratación, declaro y acepto, explícitamente, que asumo la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconozco que E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

16. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por 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, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
17. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
18. Que la presente propuesta consta de _____ (Número de folios de la propuesta) folios distribuidos en... (Número de fólderes en los que es presentada la propuesta) fólderes.
19. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es):
    Dirección para notificaciones: _____
    Dirección Electrónica: _____
    Teléfono (os): _____Fax._____
20. Que en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta relacionada en el FORMULARIO NÚMERO 2 DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA
21. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
22. Que los activos y recursos de la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS provienen de actividades lícitas.
23. Manifiesto estar al día en los pagos de seguridad social y parafiscales de acuerdo a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 1 de la Ley 828 de 2003 y el Artículo 41 de la ley 80 de 1993, modificado por el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.
24. Expreso que durante los últimos tres (3) años, no he sido sancionado por el Ministerio de la Protección Social por incumplimiento en las obligaciones laborales.
25. Que la vigencia de la presente oferta es de _____, contados a partir de la presentación de la misma.

Cordialmente,

_____ Firma representante legal _____
Cédula de Ciudadanía Nro. xxxxxxxxxxxxxx de xxxxxxx
Representante legal

FORMULARIO № 2

DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

APERTURA _____ CANCELACION _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
C.C. _____

Dirección _____ Teléfono _____
Fax _____ Departamento _____
Ciudad _____ Municipio _____

Denominación de la cuenta Corriente _____
Ahorros _____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el proponente verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELÉCTRONICO: _____ SI (___)
TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CREDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____
Sucursal _____Código_____ Ciudad_____
Dirección _____ Teléfono_____
Fax_____
Número de la cuenta _____

(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO № 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

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), 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 – SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA adelanta un proceso de Contratación Directa Reservada del sector Defensa y DAS 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 - SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA 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 Contratación Directa Reservada del sector Defensa y DAS 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 Contratación Directa Reservada del sector Defensa y DAS 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 SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA, 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;
a) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL - SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA 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 Contratación Directa Reservada del sector Defensa y DAS.

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 el municipio xxxxxxxxxxxxxx ANTIOQUIA.

EL PROPONENTE:

Firma representante legal
Cédula de Ciudadanía № xxxxxxxx de xxxxxxxx
Representante legal