Contrato No. 068-8-20210-21 **(SFI 210) REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5**

Bucaramanga, 0 8 NOV 2021

Señora
MARTHA ESPERANZA PARADA MONTES
Representante Legal
COOPERATIVA DE INVERSIONES Y SERVICIOS EMPRESARIALES
NIT. 807008278-4
CL 15 0 39 BRR LA PLAYA
Correo electrónico: administrativo@insercoop.com.co
CUCUTA.

Asunto: Aceptación Oferta proceso No. PN RASES No 5 MIC 052 2021

Con toda atención me permito informarle que la propuesta presentada por usted dentro del proceso **No PN RASES No. 5 MIC 052 2021,** cuyo objeto es el **"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 052 DEL 2013 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN MUNICIPIOS Y CORREGIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER."** Por la suma de **DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000,00) MONEDA CORRIENTE LEGAL COLOMBIANA,** ha sido aceptada por esta Regional de Aseguramiento, así:

CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
ORDENADOR DEL GASTO	Teniente Coronel **CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	74.370.422 de Duitama
CARGO	JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Resolución No. 00277 del 27 de enero de 2020
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	De acuerdo con los términos de la delegación para contratar establecidos en la Resolución No. 00277 del 27 de enero de 2020, emanada por la Dirección General de la Policía Nacional y orden interna 078 del 06 de Mayo de 2021 emanada de la Dirección de Sanidad.
CONTRATISTA	**ENTIDAD:** COOPERATIVA DE INVERSIONES Y SERVICIOS EMPRESARIALES **REPRESENTANTE LEGAL:** MARTHA ESPERANZA PARADA MONTES **NIT.** 807008278-4 **Documento de Identidad:** 27.673.504 de Cucutilla **Notificación: Cúcuta** **Dirección:** CL 15 0 39 BRR LA PLAYA Teléfono: 3165216035

	Correo electrónico: gerencia@insercoop.com.co ; administrativo@insercoop.com.co
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El supervisor del contrato será el Responsable TRASCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER o quien haga sus veces o a quien con posterioridad designe el Contratante, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo a lo normado en la Ley 1474 de 2011 y conforme a lo establecido en la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014". • El Contratante aplicará mecanismos de seguimiento a la ejecución y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del contrato. • De común acuerdo se establecerán los mecanismos para la solución de conflictos que pudieran presentarse durante la ejecución del contrato. • El CONTRATISTA deberá designar un Coordinador para que en conjunto con el supervisor del contrato por parte del Contratante, den solución a los posibles inconvenientes que puedan presentarse durante el desarrollo y ejecución del contrato.
FORMA DE PAGO	LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. No. 5 RASES efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación, deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO,** previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato. Todos los pagos a que se compromete LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. No. 5 RASES, serán cancelados dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad. **RADICACIÓN DE FACTURAS:** El contratista estará en la obligación, a partir del inicio de la ejecución del contrato, a cargar en la plataforma de Colombia Compra Eficiente - SECOP II las facturas y a presentar mensualmente en la ventanilla única de central de cuentas del grupo financiero de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, la facturación en medio físico de los servicios prestados en el mes INMEDIATAMENTE ANTERIOR de la ejecución del contrato, dicha facturación deberá ser radicada a más tardar el día 10 de cada mes Por otro lado, de conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020, el Ministerio de Hacienda implemento la plataforma Olimpia, mediante el cual se ejecutara el proceso de recepción de facturas electrónicas de venta, notas débito y notas crédito al igual que el proceso de recepción de documentos electrónicos para el pago de las obligaciones, por lo anterior, el contratista adicionalmente deberá radicar las facturas de manera electrónica en dicha plataforma, así 1. Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico *autorizado*, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN. 2. Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo. 3. Diligenciar en el asunto o en la sección de la factura Notas, lo siguiente: #$ luego el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o cuentadante de caja menor, finalizando con #$, debidamente separados por punto y coma.

	4. Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente. 5. Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML). 6. Enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico - Documento zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o cuentadante de caja menor, debidamente separados por punto y coma **Nota importante:** De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin Dando aplicabilidad a la ley 594 de 2000 ley general de archivo, la presentación de las facturas de los servicios prestados ante la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander deberá ser en una carpeta color blanco desacificada en propalcote para organización de archivos tamaño oficio, la documentación que va a ser objeto de foliación debe estar previamente ordenada, respetando el principio de orden original, ubicando los documentos en las unidades de conservación, de acuerdo con la secuencia lógica de los trámites, en forma cronológica. Los documentos objeto de foliación, deben ser depurados, es decir, se les deben retirar copias o duplicados idénticos, folios en blanco, documentos de soporte o apoyo, material metálico (ganchos legajadores de metal, clips de metal o grapas). Las carpetas que no cumplan con las especificaciones anteriormente dispuestas serán devueltas desde la ventanilla de radicación NOTA En caso que desde el nivel central se realice modificación para el trámite de facturación y pagos de los servicios contratados, el Contratista se compromete a ajustarse a estos a través de las plataformas y/o medios que se dispongan para los mismos. Para lo anterior se contará con un tiempo prudencial de 30 días con el objeto que las partes identifiquen plenamente la funcionalidad de la plataforma y/o medios que se requieran implementar **PARAGRAFO PRIMERO**: Documentos que se deben presentar para el pago de los BIENES SUMINISTRADOS ASI Enviar la facturación en físico con el respectivo certificado de pre-radicado del Módulo de Radicación de Cuentas Medicas los cinco (5) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la **Ventanilla Única de Central de Cuentas del grupo financiero la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, ubicada en la calle 22 N 2E 03 urbanización tasajero, con los siguientes soportes** 1. Certificado de Pre radicado generado en el Módulo de radicación de Cuentas Medicas. 2. Formula médica expedida por el médico tratante de la red externa contratada y red propia, acompañada de Comprobante de Entrega, Comprobante de Pendientes entregados (Si hubiera lugar), Comprobante de Devoluciones (Si hubiera lugar, solo ámbito hospitalario). 3. Recibo a satisfacción expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO. 4. Los medicamentos de ALTO COSTO deben ser facturados de manera individual y separados de los demás servicios incluidos en el Plan de Beneficios, identificando la factura con el servicio prestado según corresponda. Dicha factura deberá traer los respectivos soportes establecidos en la presente cláusula, incluida la lectura de las ayudas diagnósticas. 5. Fotocopia de la cedula de ciudadanía del usuario. 6. Anexar los documentos soportes de acuerdo al anexo No. 5 de la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 del 2008 y demás soportes que requiera LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD .No. 5 RASES para realizar la auditoria respectiva. 7. Allegar con la correspondiente factura, el recibo de pago de aportes parafiscales y de seguridad social actualizado según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012, donde se especifique el mes de pago del mismo, de igual manera anexar en los casos que apliquen la planilla pila 8. Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los bienes que fueron suministrados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la

facturación.
9. Allegar formato No controlado de Autorización de medicamentos.

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

CAUSALES DE NO PAGO

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

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

Para los conceptos de facturación que no tenga objeción, se dará trámite para pago.

En caso de presentarse objeciones transitorias, éstas serán emitidas por el Medico Auditor dentro de los tiempos establecidos por la Ley 1438 de 2011 en su artículo 57. Si una vez verificada la cuenta, el medico auditor determina que hay una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, actuará dentro de los tiempos establecidos según Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" en su artículo 57 "tramite de glosas
"(...)

Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la prestación de la factura con todos los soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas

	presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. *Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.* *Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas. (En este último evento se procederá a citar al prestador a una conciliación directa en las dependencias de Sanidad Policial, que no debe superar los sesenta (60) días hábiles posteriores a la radicación).* *(...)"* Las objeciones se cancelarán en la medida que éstas sean aclaradas o soportadas, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. (Ver manual de único de glosas, devoluciones y respuestas del Anexo Técnico No. 6 Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas Unificación - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009 En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad **NOMBRE BENEFICIARIO**: COOPERATIVA DE INVERSIONES Y SERVICIOS EMPRESARIALES INSERCOOP **BANCO:** BANCO DE BOGOTA **TIPO DE CUENTA**: CORRIENTE **NUMERO DE CUENTA**: 260-743570
VALOR	El valor que se tiene amparado para el presente proceso contractual es de **DIEZ MILLONES MIL PESOS ($10.000.000,00) MONEDA CORRIENTE LEGAL COLOMBIANA, distribuidos de la siguiente manera: CINCO MILLÓNES DE PESOS M/CTE ($5.000.000) para la vigencia 2021 y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($5.000.000), para la vigencia 2022.**
APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	El anterior presupuesto está amparado con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF No. 53221 y SFI No. 502** del **14 de octubre de 2021**, expedido por la Jefatura de Presupuesto de la Unidad Prestadora de Salud Santander, por el valor total de **DIEZ MILLONES MIL PESOS ($10.000.000,00); MONEDA CORRIENTE LEGAL COLOMBIANA, incluido iva**, mediante Comunicación Oficial de aprobación de Vigencias futuras autorizada mediante oficio No. GS-2021-025797-DISAN del 4 de mayo de 2021, con número de autorización 18421
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	Las contempladas en el **Anexo No. 1** del presente documento.
GARANTIA UNICA	Dentro de los **TRES** (3) días hábiles siguientes a la publicación de la aceptación de oferta, el CONTRATISTA deberá constituir y presentar a favor de la **POLICÍA NACIONAL –**

	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALU No. 5, NIT 804012688-5, la Garantía Única que cubra los siguientes riesgos: **1. GARANTÍA ÚNICA:** **a). DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** Por el VEINTE **POR CIENTO (20%)** del valor de la aceptación de oferta, vigente por un término igual a la vigencia del contrato y 60 días más. Esto es hasta el día **30/09/2022** **b). CALIDAD DEL BIEN:** Por el **CINCUENTA POR CIENTO (50%)** del valor de la aceptación de oferta, vigente por un término igual a la vigencia del contrato y UN (01) año más. Esto es hasta el día **31/07/2023.** **C). DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES:** Por el **CINCO POR CIENTO (5%)** del valor total de la aceptación de oferta. Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y tres (3) años más. Esto es hasta el día **31/07/2025.** **EN LA PÓLIZA DEBE SEÑALARSE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO.** **PARÁGRAFO PRIMERO: En caso de constituirse póliza, en la misma deberá indicar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de exclusión.**
SANCIONES	**1. SANCIONES:** **a). MULTAS.-** En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas de la presente aceptación de oferta por causas imputables al **CONTRATISTA** - salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a las definiciones del artículo 1º de la Ley 95 de 1.890 - las partes acuerdan que la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5,** mediante acto administrativo, hará efectivas multas sucesivas, cuyo valor se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0,5%) del valor dejado de cumplir o entregar, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario, que se descontara del saldo que le adeuda a la entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo, en el que se expresará las causas que dieron lugar a ella. **b).** La no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización, Multa cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato, la multa se aplicará por cada día de retardo y hasta por 10 días. **2. PENAL PECUNIARIA.** De conformidad con lo previsto en los artículos 1592 y 1599 del código civil colombiano, en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas de la presente aceptación de oferta, **EL CONTRATISTA** pagará a la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 5,** a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al **VEINTE POR CIENTO** (20%) del valor de la aceptación de oferta cuando se trate de incumplimiento total de la oferta y proporcional al incumplimiento parcial de la aceptación de oferta que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el literal a) del presente artículo. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en la presente aceptación de oferta. **PARÁGRAFO.- APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se hace efectiva alguna de las sanciones aquí estipuladas, el **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que el **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago

	voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del **CONTRATISTA** si lo hubiere, o acudir a cobro coactivo. **3.** El procedimiento para la imposición de las multas y sanciones, se sujetará a lo previsto en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y a la Resolución No. 3049 de 2014 "Por la cual se adopta el nuevo Manual de Contratación de la Policía Nacional: 1. Recibido el informe del supervisor en el que se señale un posible incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, el Grupo de contratos o la dependencia que haga sus veces, remitirá al ordenador un informe con la relación detallada de los hechos en que se funda el eventual incumplimiento del contratista, las actuaciones llevadas a cabo por el interventor o supervisor del contrato y la pertinencia de la imposición de multa, sanción o declaratoria de incumplimiento, según corresponda. Dicho documento deberá estar acompañado del informe de interventoría o de supervisión. 2. La asesoría jurídica de la entidad verificará el informe presentado por el Grupo de Contratos o la dependencia que haga sus veces, efectuará el análisis correspondiente y lo presentará al delegatario contractual, quien con arreglo a dicho análisis, ordenará la citación a audiencia al contratista. El documento de citación estará a cargo de la asesoría jurídica de la entidad y contendrá: a) La mención expresa y detallada de los hechos que la soportan; b) La enunciación de las normas o cláusulas posiblemente violadas; c) La mención de las consecuencias que podrían derivarse para la contratista en desarrollo de la actuación; d) El Lugar, fecha y hora para la realización de la audiencia. NOTA 1. La determinación de la fecha de realización de la audiencia deberá obedecer a la naturaleza del contrato y a la periodicidad establecida para el cumplimiento de las obligaciones contractuales. (Literal a) art. 86 ley 1474 de 2011). NOTA 2. La citación será suscrita por el delegatario contractual y estará acompañada del informe de interventoría o supervisión. A la audiencia deberá ser convocado el interventor o supervisor del contrato. NOTA 3. En el evento en que la garantía de cumplimiento consista en póliza de seguros, el garante será citado de la misma manera. 3. La audiencia será presidida por el ordenador, una vez instalada se procederá a constatar la asistencia y a instruir a los participantes sobre la forma como se desarrollará. Surtido lo anterior el ordenador hará la presentación de las circunstancias de hecho que motivan la actuación, enunciando las normas o cláusulas posiblemente violadas y las consecuencias que podrían derivarse para la contratista en desarrollo de la actuación 4. Concluida la intervención del ordenador se concederá el uso de la palabra al representante legal del contratista o a quien lo represente, y al garante, para que presenten sus descargos, para lo cual podrán rendir las explicaciones del caso, aportar pruebas y controvertir las presentadas por la respectiva Unidad Policial. 5. Finalizada la intervención del contratista y la del garante, el delegatario contractual con apoyo en las pruebas e informes que respalden su decisión, ordenará dar lectura de la resolución motivada, proyectado por la asesoría jurídica de la Unidad, en la que se consignará lo ocurrido en desarrollo de la audiencia, y se decidirá sobre la imposición o no de la multa, sanción o declaratoria de incumplimiento. La resolución así expedida se entenderá notificada en la audiencia. Contra la decisión proferida sólo procede el recurso de reposición que se interpondrá, sustentará y decidirá en la misma audiencia. La decisión sobre el recurso se entenderá notificada en la misma audiencia. 6. El delegatario contractual podrá dar por terminada la audiencia en cualquier momento, sí por algún medio tiene conocimiento de la cesación de la situación de incumplimiento. Para el efecto se levantará el acta correspondiente. (Literal d) art.86 ley 1474 de 2011). NOTA 4. En cualquier momento del desarrollo de la audiencia, el delegatario contractual podrá suspender la audiencia cuando de oficio o a petición de parte, en su criterio resulte necesario para allegar o practicar pruebas que estime conducentes y pertinentes, o cuando por cualquier otra razón debidamente sustentada, resulte necesario para el correcto desarrollo de la actuación administrativa. En tal evento, al adoptar la decisión, se señalará fecha y hora para reanudar la audiencia, lo que constará en el acta respectiva. (Literal d) Art.86 ley 1474 de 2011).

	NOTA 5. Para hacer efectivo el pago de las multas, sanciones pactadas en el contrato, y de la cláusula penal pecuniaria podrá acudirse a descontar el valor de las mismas de las sumas adeudadas al contratista o, a efectuar su cobro a través de la garantía constituida por éste. Para el efecto en el acto administrativo correspondiente se harán las previsiones del caso. Sí por ninguna de estas vías se logra el pago de las sanciones, se acudirá al cobro por jurisdicción coactiva. Si dicho pago no se hubiere efectuado durante el término de duración del contrato, se tendrá en cuenta al momento de su liquidación. (Parágrafo Art.17 ley 1150 de 2007). NOTA 6. De conformidad con lo dispuesto en el numeral 2o del artículo 1° de la ley 80 de 1993, en tratándose de uniones temporales, las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución del contrato de cada uno de sus miembros.
PLAZO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución es **HASTA EL 31 DE MARZO DE 2022**, o hasta agotar el presupuesto con inicio a partir de la aprobación de la garantía única o perfeccionamiento del contrato, una vez cumplido los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.
FORMA DE EJECUCIÓN	El oferente deberá suministrar y dispensar los medicamentos en las droguerías o farmacias que relacionen en su oferta, garantizando el suministro en los municipios y corregimientos del Departamento Norte de Santander, (municipios más adelante relacionados) para nuestros usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional. **FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO** El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de tracto sucesivo, de acuerdo a las necesidades de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, previa coordinación con el supervisor del contrato. El punto de suministro a contratar debe contar con el cumplimiento de las exigencias mínimas según lo contemplado por el Ministerio de Protección Social **DESCRIPCIÓN DEL PUNTO DE DISPENSACIÓN.** El punto de dispensación se regirá por las siguientes características: El contratista deberá garantizar que los puntos de dispensación tengan el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación que exige el Ministerio de Protección Social, Secretaría de Salud o entidad competente. **PUNTOS DE ATENCIÓN:**

ITEMS	MUNICIPIO	DROGUERIA	DIRECCION	TELEFONO
1	ARBOLEDAS	Droguería Insercoop Zulia	CALLE 5 No.1-66 Barrio El Centro	**320- 9663937**
2	BOCHALEMA	Droguería Insercoop Lourdes	CALLE 4 No. 4-35 Barrio El Centro	**320- 9663937**
3	BUCARASICA	Droguería Insercoop Puerto Santander	CRA 4 No. 6-251 Barrio La Punta	**320- 9663937**
4	CÁCOTA	Droguería Insercoop Puerto Sardinata	CRA 4 No. 0-32 Barrio La Victoria	**320- 9663937**
5	CHINÁCOTA	Droguería Trujillo Bochalema	Calle 3 No. 3-89 Barrio el Centro	**320- 9663937**
6	CHITAGÁ	Droguería Trujillo Chinácota	Cra 1 No. 6-53 Local 1 Barrio el Cristo	**320- 9663937**
7	CUCUTILLA	Droguería Trujillo Cucutilla No. 2	Cra 2 No.2-02 Barrio Pinar del Rio	**320- 9663937**
8	DURANIA	Droguería Trujillo Salazar	Calle 5 No 5-05 Barrio Chapinero	**320- 9663937**
9	EL TARRA	Convenio -Droguería Solinsa Arboledas	Calle 2 No. 4-40 Barrio el Centro	**320- 9663937**

10	EL ZULIA	Convenio – Droguería Solinsa Bucarasica	Calle 2 No. 5-92 Barrio Betania	**320- 9663937**
11	GRAMALOTE	Convenio- Droguería Solinsa Durania	AV 4 No. 4-74 Barrio Sanmiguel	**320- 9663937**
12	HERRÁN	Convenio -Droguería Solinsa Agua Clara	Cra 5 No. 8-68 Barrio Pueblo Nuevo	**320- 9663937**
13	LABATECA	Convenio - Droguería Integrados Labateca	Calle 4 No. 1-12 Barrio Divino Niño	**320- 9663937**
14	LOURDES	Convenio - Droguería Integrados Pamplonita	Calle 5 No. 1-49 Barrio el centro	**320- 9663937**
15	MUTISCUA	Convenio - Droguería Integrados San cayetano	Cra 4 No. 1-48 Barrio el Llano	**320- 9663937**
16	PAMPLONITA	Convenio - Droguería Integrados Chitaga	Calle 5 No. 5-66 Barrio el Centro	**320- 9663937**
17	PUERTO SANTANDER	Convenio - Droguería Botica Comunitaria	Cra 3 No. 8-45 Barrio el Centro	**320- 9663937**
18	RAGONVALIA	Convenio - Droguería Medi - Cacota	Cra 2 No. 3-72 Barrio el Centro	**320- 9663937**
19	SALAZAR DE LA PALMAS	Convenio - Droguería Nuevo Gramalote	MZ 5 Casa 6 Barrio Santa Rosa	**320- 9663937**
20	SAN CAYETANO	Convenio - Droguería y perfumería San Roque	Av. 3 # 3-36 Barrio Balcones	**320- 9663937**
21	SANTIAGO	Convenio – Droguería Peña	Av 1 No. 251- Corregimiento las Mercedes	**320- 9663937**
22	SARDINATA	Convenio – Droguería María José	Calle 15 No. 12-29 Barrio 11 noviembre Parte Baja	**320- 9663937**
23	SILOS	Convenio - Droguería Comunitaria San Miguelito	Av. 4 # 7-62 Barrio El Centenario	**320- 9663937**
24	TEORAMA	Convenio - Droguería San Roque & Yofran	Cra 3 No. 5-26 Barrio el Centro	**320- 9663937**
25	TIBÚ	Convenio - Droguería Farmaluz	Cra 4 No. 3-71 Barrio Santo Domingo	**320- 9663937**
26	TOLEDO	Convenio - Droguería Margreth IPS	Calle 6 No. 3-27 La Sousa	**320- 9663937**
27	VILLA CARO	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
28	AGUA CLARA	Convenio - Droguería Famitoledo	Cra 5 No. 11-17 Barrio el Progreso	**320- 9663937**
29	BANCO DE ARENA	Convenio – Droguería Santa Rita	KDX 14 Barrio Delicias	**320- 9663937**
30	BUENA ESPERANZA	Convenio – Droguería J Pabón	Calle Principal - corregiemto Carmen Nazareth	**320- 9663937**
31	CAMPO DOS	Droguería Insercoop Zulia	CALLE 5 No.1-66 Barrio El Centro	**320- 9663937**
32	CARMEN DE NAZARETH	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
33	CORNEJO	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
34	EL TARRA	Droguería Trujillo Bochalema	Calle 3 No. 3-89 Barrio el Centro	**320- 9663937**
35	GUAMALITO	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
36	LA DON JUANA	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
37	LA GABARRA	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
38	LAS MERCEDES	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
39	PETROLEA	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
40	REFINERÍAS	Convenio -Droguería Solinsa Agua Clara	Cra 5 No. 8-68 Barrio Pueblo Nuevo	**320- 9663937**
41	TRES BOCAS	Convenio -Droguería Solinsa Agua Clara	Cra 5 No. 8-68 Barrio Pueblo Nuevo	**320- 9663937**

El suministro de medicamentos se prestará una vez entregada la fórmula médica debidamente diligenciada por el profesional médico u odontólogo y autorizada por el Supervisor del Contrato o a quien este delegue, con presentación del documento de

<table>
<tr><td></td><td>identidad del usuario, cumpliendo con todos los requisitos exigidos al respaldo de la misma:

1. TODAS LAS CASILLAS DE LA FORMULA DEBEN ESTAR DILIGENCIADAS,LOS MEDICAMENTOS FORMULADOS DEBEN REGISTRARSE EN NOMBRE GENÈRICO, CONCENTRACION, VIA DE ADMINISTRACION, PRESENTACION Y CANTIDAD EN NÚMERO Y LETRAS.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LA FORMULA
EL USUARIO SOLO FIRMARA EL RECIBIDO CUANDO HAYA OBTENIDO LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS A SATISFACCION

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

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

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

Nota 2: Cuando se requieran medicamentos que no hayan sido incluidos en la descripción inicial de las condiciones técnicas, podrán ser prestados previa aprobación por escrito del ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5, supervisor y jefe de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander. Los valores que el CONTRATISTA cubre por estos medicamentos, no podrán exceder los precios del mercado, por lo cual obliga al supervisor a realizar estudios de mercado y aprobar el precio más conveniente con su respectivo descuento. El CONTRATISTA deberá sujetarse a dichos precios del mercado.</td></tr>
<tr><td>LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO</td><td>El oferente deberá suministrar y dispensar los medicamentos en las droguerías o farmacias relacionadas anteriormente, garantizando el suministro en los municipios del Departamento de Norte de Santander relaciones en la cláusula anterior, donde los usuarios y beneficiarios tengan fácil acceso a él teniendo en cuenta que la Unidad Prestadora de Salud del Departamento no cuenta con infraestructura propia para el suministro.</td></tr>
<tr><td>VIGENCIA DEL CONTRATO</td><td>La vigencia del contrato será igual al Plazo de ejecución y cuatro (04) meses más. Estos cuatro (4) meses son únicos y exclusivamente para efectos de liquidación del contrato.</td></tr>
<tr><td>MONEDA DEL CONTRATO</td><td>Pesos colombianos.</td></tr>
<tr><td>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</td><td>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual.
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales evitando dilaciones y trabas.
3. Cumplir cabalmente con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar. Sena e ICBF). Por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
4. Constituir en debida forma y aportar al Grupo de contratos de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato.
5. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un</td></tr>
</table>

tercero se cause a la administración o a terceros.
6. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
8. Ejecutar el objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio de manera oportuna y con calidad sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda.
9. Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro así como los deberes que impone la sana práctica profesional el orden público lo moral y las buenas costumbres.
10. En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas menores de 5 años y adulto mayor.
11. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
12. El CONTRATISTA debe contar con los certificados de habilitación según corresponda expedidos por la autoridad competente
13. INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:
a. Notificar al Supervisor del contrato en forma oportuna. respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
b. El CONTRATISTA se obliga a generar un reporte QUINCENAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO. Lo anterior a efectos de llevar un mayor control y así no generar interrupciones en la prestación de servicios o que estos se presten sin respaldo presupuestal.
c. **Cuando se haya consumido el 70% del presupuesto asignado en el contrato. el Contratista deberá informar mediante oficio a** La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES **y al Supervisor del contrato. Lo anterior con el fin de no exceder el valor contratado y de esta manera evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo contractual; si llegase a suceder. el Contratante no se hace responsable de la cancelación de las mismas (excepto las atenciones que sean de urgencias).**
d. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DESANTANDER.

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

FECHA	
ENTIDAD	
CONTRATO No	
FECHA DE INICIO	
FECHA DE TERMINACION	

VALOR DEL CONTRATO	
ADICION No1	
ADICION No 2	
TOTAL	

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

	14. El proponente garantizará el suministro de los medicamentos de forma inmediata en el momento que el usuario lo requiera, y en caso de no contar con el medicamento la entrega de medicamentos no podrá ser superior a 3 días calendario., cumpliendo con el procedimiento establecido. **15**. El proponente garantizará en el evento que un medicamento salga del mercado o presente escasez, bien sea por que la casa farmacéutica deja de producirlo, su producción es insuficiente o es retirado del mercado por el INVIMA, el Contratista deberá informar por escrito esta situación al LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD en un término máximo de 48 horas a partir de la presentación del evento, incluyendo los documentos soporte, con el fin de concertar el cambio cuando se considere pertinente. **16**. Presentar la facturación los diez (10) primeros días de cada mes en la Ventanilla de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, con los anexos y requerimientos correspondientes descritos en la cláusula Forma de Pago del contrato. **17**. El Contratista deberá reportar oportunamente al Supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la ejecución y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio. **18.** El proponente garantizara que los puntos deben contar con un stock mínimo para suministro de treinta (30) días para que la entrega del medicamento sea de forma inmediata, teniendo en cuenta que la vigencia de la fórmula no es mayor a tres (03) días (72 horas). El CONTRATANTE o quien se delegue, se reserva el derecho de verificación de cumplimiento de este condición, en cualquier momento. **19.** Suministrar los medicamentos garantizando el fácil acceso a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en los 41 puntos de atención que deberán funcionar a partir del inicio de ejecución del contrato, siete (07) días a la semana de lunes a domingo durante la vigencia del mismo, con horario de atención que no debe ser inferior al horario de las 07:00 a las 19:00 horas en jornada continua. Contar con una línea telefónica directa, y/o Telefonía Celular atendida por el coordinador del contrato desde el inicio del mismo y durante su vigencia, para que el supervisor del contrato tenga contacto permanente con el proveedor. La línea debe ser atendida de lunes a viernes entre las 08:00 y las 18:00 horas, y los días sábados hasta las 12:00 PM. **20**. Los medicamentos que se suministren deberán estar contemplados en el Acuerdo 052 de 2013 del CSSSMP y deben ser dispensados en su denominación común internacional (genérica) según Decreto 2200 de 2005. Los medicamentos que se encuentren regulados en la normatividad vigente. Serán reconocidos con el valor máximo establecido por el Ministerio de la Protección Social en la normatividad que aplica para los mismos En el caso de los medicamentos no incluidos en el Vademécum. Se deberá realizar el trámite a través del Comité Técnico Científico. Por lo que se deberá diligenciar el formato del **ANEXO No 27**. (Se anexa formato NO POS y Acuerdo 052 de 2013). **21.** Se requiere que los bienes se entreguen en los municipios referenciados en el presente estudio previo del departamento de Norte Santander, con criterios de oportunidad. Continuidad. Accesibilidad. Seguridad. Eficacia. Eficiencia y pertinencia. **22**. El Contratista deberá conocer el modelo de atención en salud establecido por la Policía Nacional Acuerdo 070 del 02/08/2019 el cual se encuentra **COMO ANEXO NO 26** en el presente estudio de conveniencia y oportunidad. **23**. Verificar la información del usuario (verificación de derechos) que permita establecer que pertenece al Subsistema de Salud de la POLICIA NACIONAL. **24**. EL CONTRATISTA DEBERÁ EXPEDIR PAZ Y SALVO AL MOMENTO DE TERMINACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN EL CUAL CONSTE. LA NO EXISTENCIA DE FACTURACIÓN PENDIENTE POR RADICAR EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES. Y QUE SE ENCUENTRA APTO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO. **25**. El contratista DEBERA EXPEDIR CERTIFICACION MENSUAL EN LA CUAL CONSTE QUE NO TIENE FACTURAS PENDIENTES CON LOS SERVICIOS DEL MES PRESTADOS. **26**. Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato. Cuando haya lugar. **27.** Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos. **28.** Implementar el sistema de gestión integral de residuos con políticas de manejo interno de residuos. Con el fin de reducir los factores de riesgo a la salud de los usuarios. Prevenir. Mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios. **29.** La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones. Oficios. Avisos. y demás actos proferidos por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato. Hoja de vida. Cámara de comercio. Ect. **30**. Una vez se de carta de inicio al contrato el Oferente debera informar al supervisor la persona

	enlace, que se encargará de permitir a los usuarios y a las personas que delegue La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 tomar contacto con la farmacia a fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato incluyendo aquellos sobre la oportunidad o autorización de medicamentos, Códigos o tarifas. Del mismo modo y a fin de que resuelvan aquellas eventualidades sobre la referencia y contrareferencia respecto a autorizaciones de medicamentos. **31**. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución el contrato. **32**. El Contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato. Se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social. **33**. El Contratista deberá presentar la Matriz de elementos de protección personal. Donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal. Que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro. Daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato. **34**. El Contratista deberá presentar el Informe de capacitación realizada a los trabajadores. Donde se evidencie la realización de inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo. Y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma de los trabajadores. **35**. Responder dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente las solicitudes de Referenciación y Contrareferencia efectuadas por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. So pena de la aplicación del procedimiento de multas y sanciones **36.** Los medicamentos requeridos que no hayan quedado descritos y que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y/o la resolución 5851 de 2018 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán suministrados por la entidad a las tarifas aquí pactadas. Mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos medicamentos. El Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante. La cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato. Quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad. Y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los medicammentos prestados como Urgentes. Los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica. Debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DENOR. Mediante la cual. Se hará la solicitud formal de la atención. Programa éste que cumple con la normatividad vigente. Sobre Referencia y solicitud de autorizaciones. Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen. **37**. El Contratista deberá garantizar la dispensación de los bienes objeto del contrato a las tarifas presentadas en la oferta económica (la cual forma parte integral del presente contrato). **38**. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993. Así mismo. Será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual. **39**.Se desarrollara mensualmente una reunión respecto a lo indicado a fin de realizar el correspondiente seguimiento al contrato. Reunión que contará con el personal que las partes consideren necesario. Elevando un acta escrita de cada reunión celebrada. **40**. El Contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". **41**. Atender con la inmediatez que ordene el juez constitucional los procedimientos que se deban surtir para acatar un fallo de tutela, incidente de desacato, medida provisional y demás, generando el apoyo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD .No. 5 RASES para dar cumplimiento a las órdenes judiciales, entregando la información para aportar pruebas, certificaciones y demás requerimientos que se impartan por los entes judiciales. Garantizar el suministro de los medicamentos de forma inmediata en el momento que el usuario lo requiera, y en caso de no contar con el medicamento la entrega de medicamentos no podrá ser superior a 3 días calendario., cumpliendo con el procedimiento establecido. informar por escrito a La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER** en un término máximo de **48 horas** a partir de la presentación del evento, incluyendo los documentos soporte en el evento que un medicamento salga del mercado o presente escasez, bien sea por que la casa farmacéutica deja de producirlo, su producción es insuficiente o es retirado del mercado por el INVIMA, con el fin de concertar el cambio cuando se considere pertinente. Para tal fin se suscribirá la correspondiente modificación al contrato. Entregar los medicamentos en forma fraccionada, teniendo en cuenta las presentaciones del medicamento tales como tabletas, cápsulas, grageas, comprimidos, jarabes, sobres, supositorios o ampollas basados en la formulación emitida por el profesional, por ejemplo: Amoxicilina por 500 mg.

	cápsulas No. 12, se deberá entregar las DOCE (12) cápsulas estipuladas en la fórmula. El proveedor se abstendrá de entregar elementos o productos diferentes a los formulados por el médico autorizador. **42.** El contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial **43.** El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional
CONFIDENCIALIDAD	Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.
OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	**OBLIGACIONES DE LA POLICIA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 RASES SANTANDER-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER** **1.** Una vez se surta el proceso de contratación estatal. Asignar un Supervisor el cual mantendrá la interlocución permanente y directa con **el CONTRATISTA**. **2.** Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto. Exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar. **3.** Recibir a satisfacción los servicios de salud prestados por el **CONTRATISTA.** Cuando estos cumplan con las obligaciones establecidas en el contrato y las especificaciones técnicas contenidas en el Anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO. **4.** Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar. Para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento. **5.** Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto. **6.** Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato. **7.** Rechazar los bienes y/o servicios cuando éstos no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos. **8.** Poner a disposición del **CONTRATISTA** la información que se requiera para la ejecución del contrato. **9.** Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 052 del 2013 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.

	10. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN Anexo ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019 (agosto 2). Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" El cual se encuentra como **Anexo 15** en el presente estudio. **11.** Las demás que por Ley sean establecidas.

De acuerdo a lo anterior, el Comité Evaluador, PS16 **JENNY FERNANDA CÁCERES VILLABONA** Abogada **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5**, y el señor Intendente **MARLON OMAR GRANDOS MOGOLLON**, Responsable de Talento Humano UPRES DENOR (comité técnico), recomendaron al JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5, adjudicar el proceso PN RASES No. 5 MIC 052 2021 cuyo objeto es el ***"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 052 DEL 2013 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN MUNICIPIOS Y CORREGIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER",*** a la entidad COOPERATIVA DE INVERSIONES Y SERVICIOS EMPRESARIALES., **Identificada con NIT. 807008278-4** Representada legalmente por la señora MARTHA ESPERANZA PARADA MONTES**,** identificada con cédula de ciudadanía No. **27.673.504** expedida en la ciudad de **Cucutilla,** por un valor de **DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000,00) MONEDA CORRIENTE LEGAL COLOMBIANA,** y un plazo de ejecución hasta el día **31/03/2022** o hasta agotar el presupuesto asignado, lo que ocurra primero, en atención a que cumplió técnica, jurídica y económicamente, de conformidad con los términos establecidos en la invitación que rigió el proceso y la oferta presentada. Se adjuntan los siguientes anexos:

ANEXO No. 1: Especificaciones técnicas.

ANEXO No. 2: Oferta Económica.

Atentamente;

Teniente Coronel CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN
Jefe Regional de Aseguramiento No. 5

Elaboró: SI. Oscar Enrique Espinosa Barrios
Analista Grupo Contratos
Revisó: PS16 Jenny Fernanda Cáceres Villabona
Abogada RASES No. 5
CT. Erick G Ramos Marzola
Jefe Grupo de Contratos
CT. Javier Orlando Martínez Cárdenas
Jefe Área Administrativa
Fecha elaboración: 05/11/2021
Ubicación: C:\Users\oscar.espinosa\Desktop

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL
POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 5

SIIF		SFI	
CDP	REG	CDP	REG
53221		502	

UNIDAD ESTADISTICA	SIIF	SFI	DESCRIPCION
	S30	AO	160102 - 1522600

TPO	CLA	CTA	SCTA	OBG	REC	VALOR
A	02	02	02	009	03	**VA $ 5.000.000**
A	02	02	02	009	03	**VA $ 5.000.000**
TOTAL						**$ 10.000.000**

JEFE DE PRESUPUESTO

FECHA

ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS REQUERIDAS

N°	CONDICIONES TÉCNICAS
	ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS: El almacenamiento de los medicamentos en el depósito o bodega que maneja el contratista debe cumplir con los siguientes requisitos: ➢ Medición de humedad y temperatura. ➢ Control de plagas. ➢ Control red de frio. ➢ Sección de controlados. ➢ Zona de rechazados. ➢ Manual de procedimientos operativos del almacenaje y distribución de medicamentos. ➢ Todas las normas exigidas por el Ministerio de Protección Social para este efecto

ITEMS	MUNICIPIO	DROGUERIA	DIRECCION	TELEFONO
1	ARBOLEDAS	Droguería Insercoop Zulia	CALLE 5 No.1-66 Barrio El Centro	**320- 9663937**
2	BOCHALEMA	Droguería Insercoop Lourdes	CALLE 4 No. 4-35 Barrio El Centro	**320- 9663937**
3	BUCARASICA	Droguería Insercoop Puerto Santander	CRA 4 No. 6-251 Barrio La Punta	**320- 9663937**
4	CÁCOTA	Droguería Insercoop Puerto Sardinata	CRA 4 No. 0-32 Barrio La Victoria	**320- 9663937**
5	CHINÁCOTA	Droguería Trujillo Bochalema	Calle 3 No. 3-89 Barrio el Centro	**320- 9663937**
6	CHITAGÁ	Droguería Trujillo Chinácota	Cra 1 No. 6-53 Local 1 Barrio el Cristo	**320- 9663937**
7	CUCUTILLA	Droguería Trujillo Cucutilla No. 2	Cra 2 No.2-02 Barrio Pinar del Rio	**320- 9663937**
8	DURANIA	Droguería Trujillo Salazar	Calle 5 No 5-05 Barrio Chapinero	**320- 9663937**
9	EL TARRA	Convenio -Droguería Solinsa Arboledas	Calle 2 No. 4-40 Barrio el Centro	**320- 9663937**
10	EL ZULIA	Convenio – Droguería Solinsa Bucarasica	Calle 2 No. 5-92 Barrio Betania	**320- 9663937**
11	GRAMALOTE	Convenio- Droguería Solinsa Durania	AV 4 No. 4-74 Barrio Sanmiguel	**320- 9663937**
12	HERRÁN	Convenio -Droguería Solinsa Agua Clara	Cra 5 No. 8-68 Barrio Pueblo Nuevo	**320- 9663937**
13	LABATECA	Convenio - Droguería Integrados Labateca	Calle 4 No. 1-12 Barrio Divino Niño	**320- 9663937**
14	LOURDES	Convenio - Droguería Integrados Pamplonita	Calle 5 No. 1-49 Barrio el centro	**320- 9663937**
15	MUTISCUA	Convenio - Droguería Integrados San cayetano	Cra 4 No. 1-48 Barrio el Llano	**320- 9663937**
16	PAMPLONITA	Convenio - Droguería Integrados Chitaga	Calle 5 No. 5-66 Barrio el Centro	**320- 9663937**
17	PUERTO SANTANDER	Convenio - Droguería Botica Comunitaria	Cra 3 No. 8-45 Barrio el Centro	**320- 9663937**
18	RAGONVALIA	Convenio - Droguería Medi -Cacota	Cra 2 No. 3-72 Barrio el Centro	**320- 9663937**
19	SALAZAR DE LA PALMAS	Convenio - Droguería Nuevo Gramalote	MZ 5 Casa 6 Barrio Santa Rosa	**320- 9663937**
20	SAN CAYETANO	Convenio - Droguería y perfumería San Roque	Av. 3 # 3-36 Barrio Balcones	**320- 9663937**
21	SANTIAGO	Convenio – Droguería Peña	Av 1 No. 251-Corregimiento las Mercedes	**320- 9663937**
22	SARDINATA	Convenio – Droguería María José	Calle 15 No. 12-29 Barrio 11 noviembre Parte Baja	**320- 9663937**
23	SILOS	Convenio - Droguería Comunitaria San Miguelito	Av. 4 # 7-62 Barrio El Centenario	**320- 9663937**
24	TEORAMA	Convenio - Droguería San Roque & Yofran	Cra 3 No. 5-26 Barrio el Centro	**320- 9663937**
25	TIBÚ	Convenio - Droguería Farmaluz	Cra 4 No. 3-71 Barrio Santo Domingo	**320- 9663937**
26	TOLEDO	Convenio - Droguería Margreth IPS	Calle 6 No. 3-27 La Sousa	**320- 9663937**
27	VILLA CARO	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
28	AGUA CLARA	Convenio - Droguería Famitoledo	Cra 5 No. 11-17 Barrio el Progreso	**320- 9663937**
29	BANCO DE ARENA	Convenio – Droguería Santa Rita	KDX 14 Barrio Delicias	**320- 9663937**
30	BUENA ESPERANZA	Convenio – Droguería J Pabón	Calle Principal -corregiemto Carmen Nazareth	**320- 9663937**
31	CAMPO DOS	Droguería Insercoop Zulia	CALLE 5 No.1-66 Barrio El Centro	**320- 9663937**
32	CARMEN DE NAZARETH	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
33	CORNEJO	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
34	EL TARRA	Droguería Trujillo Bochalema	Calle 3 No. 3-89 Barrio el Centro	**320- 9663937**
35	GUAMALITO	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
36	LA DON JUANA	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**

37	LA GABARRA	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
38	LAS MERCEDES	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
39	PETROLEA	Convenio - Droguería los Médicos de Tibú	Calle 5 No.6-27 Barrio El Carmen	**320- 9663937**
40	REFINERÍAS	Convenio -Droguería Solinsa Agua Clara	Cra 5 No. 8-68 Barrio Pueblo Nuevo	**320- 9663937**
41	TRES BOCAS	Convenio -Droguería Solinsa Agua Clara	Cra 5 No. 8-68 Barrio Pueblo Nuevo	**320- 9663937**

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

ANEXO No. 2

LISTADO DE PRECIOS

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO CON IVA INCLUIDO
1	ACEITE DE RICINO SOLUCIONES ORAL	MILILITRO	**$ 5.879,61**
2	ACETAMINOFEN + CODEINA 500+30 MG TAB	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.376,00**
3	ACETAMINOFEN + TRAMADOL 325 + 37.5 MG T	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 830,61**
4	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML JARABE/SUSPENSION/	MILILITRO	**$ 3.960,00**
5	ACETAMINOFEN de 100 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/SUSPENSION	MILILITRO	**$ 2.970,00**
6	ACETAMINOFEN de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
7	ACETILCISTEINA 100MG GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	**$ 1.140,48**
8	ACETILCISTEINA de 2 % JARABE ORAL	MILILITRO	**$ 16.771,59**
9	ACETILCISTEINA de 600 GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	**$ 3.465,00**
10	ACICLOVIR de 2 % JARABE/SUSPENSION/ ORAL	MILILITRO	**$ 16.814,16**
11	ACICLOVIR de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 175,23**
12	ACICLOVIR de 3 % CREMA/UNGUENTO/GEL OFTALMICO	GRAMO	**$ 31.680,00**
13	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ VAGINAL VAGINAL C	GRAMO	**$ 32.330,43**
14	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ / TOPICA (EXTERNA) C	GRAMO	**$ 6.498,36**
15	ACICLOVIR de 800 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.587,96**
16	ACIDO ACETIL SALICILICO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
17	ACIDO ACETIL SALICILICO de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 713,79**
18	ACIDO VALPROICO 250MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	**$ 7.029,00**
19	ALBENDAZOL 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/ O	SACHET/FRASCO	**$ 3.960,00**
20	ALBENDAZOL de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
21	ALCOHOL POLIVINILICO 1.4% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 4.200,57**
22	ALENDRONATO de 70 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 866,25**
23	ALFAMETILDOPA de 250 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.475,00**
24	ALFAMETILDOPA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.475,00**
25	ALGINATO DE SODIO + ALUMINI HIDROXIDO+MAGNESIO CARBONA(0.63+2.39) G/100ML SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	**$ 71.704,71**
26	ALOPURINOL de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**

27	ALOPURINOL de 300 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
28	ALPRAZOLAM de 0,25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
29	ALPRAZOLAM de 0,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
30	ALUMINIO + MAGNESIO HIDROXIDO + SIMETICONA / DIMETILPOLISILOXANO (4+4+0,4)G SUSPENSIONE	MILILITRO	**$ 11.721,60**
31	ALUMINIO ACETATO 0,05% CREMA TOPICA (EXT	GRAMO	**$ 30.159,36**
32	ALUMINIO ACETATO EMULSION/LOCION TOPICA 0,05 % (EXTERNA)	MILILITRO	**$ 6.859,71**
33	ALUMINIO ACETATO SOBRE POLVOS TOPICA (E	SOBRE	**$ 792,00**
34	ALUMINIO HIDROXIDO 234 MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 792,00**
35	ALUMINIO HIDROXIDO 6% SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	**$ 9.900,00**
36	AMANTADINA de 100 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	**$ 1.386,00**
37	AMIKACINA 100MG/2ML AMPOLLA L	AMPOLLA/VIAL	**$ 3.960,00**
38	AMIKACINA 500MG/2ML AMPOLLA	AMPOLLA/VIAL	**$ 3.960,00**
39	AMIODARONA de 200 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA	**$ 1.188,00**
40	AMITRIPTILINA HCL de 25 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	**$ 396,00**
41	AMLODIPINO de 10 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	**$ 396,00**
42	AMLODIPINO de 5 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	**$ 396,00**
43	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (400+57)MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	**$ 21.780,00**
44	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (500+125)MG	TABLETA/CAPSULA/	**$ 2.802,69**
45	AMOXICILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	**$ 6.600,33**
46	AMOXICILINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	**$ 594,00**
47	AMPICILINA + SULBACTAM 250MG/5ML JARABE/SUSPENSION ORAL	MILILITRO	**$ 42.711,57**
48	AMPICILINA + SULBACTAM de 375 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	**$ 2.998,71**
49	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATOSUSPENSION ORAL250MG/5 ML	MILILITRO	**$ 5.940,00**
50	AMPICILINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	**$ 594,00**
51	ANTIPIRINA + BENZOCAINA GLICERINA 50+10MG GOTAS OTICO AURICULAR	MILILITRO	**$ 45.681,57**
52	ANTISEPTICO BUCOFARINGEO de 8 % SOLUCIONES	MILILITRO	**$ 2.672,01**
53	ASCORBICO ACIDO de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	**$ 594,00**
54	ATORVASTATINA 20MG	TABLETA/CAPSULA/	**$ 594,00**
55	ATROPINA SULFATO de 1 % COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 23.760,00**
56	AZITROMICINA 200MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	**$ 9.630,72**
57	AZITROMICINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	**$ 2.376,00**
58	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/PULVERIZACION INHALADOR NASAL	INHALACIÓN/DISPAR	**$ 15.840,00**
59	BECLOMETASONA DIPROPIONA 250MCG/PULVERIZACION INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPAR	**$ 23.760,00**
60	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/INHALACION AEROSOL BUCAL	INHALACIÓN/DISPAR	**$ 17.116,11**
61	BENCILO BENZOATOLOCION TOPICA25%	MILILITRO	**$ 7.990,29**
62	BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL400.000 UI	AMPOLLA/VIAL	**$ 3.960,00**
63	BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL800.000 UI	AMPOLLA/VIAL	**$ 3.960,00**
64	BENZIDAMIDA de 9,4 GRAMO POLVOS TOPICA (EX	GRAMO	**$ 12.742,29**
65	BETAMETASONA 0,6 % AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 56.005,29**
66	BETAMETASONA + ACIDO SALICILICO (0.05+3)% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	**$ 27.144,81**
67	BETAMETASONA 17 VALERATO de 0,1 % UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	**$ 1.883,97**
68	BETAMETASONA de 0,4 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 2.970,00**

69	BETAMETASONA DIPROPIONATO 0,05% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	**$ 7.819,02**
70	BETAMETILDIGOXINA 0.1 MG	TABLETA/CAPSULA/	**$ 1.386,00**
71	BETAMETILDIGOXINA 0.6MG/ML GOTAS ORAL	FRASCO	**$ 39.014,91**
72	BIPERIDENO de 2 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	**$ 594,00**
73	BISACODILOTAB/CAPS/GRAG/ COMP5MG	TABLETA/CAPSULA/	**$ 396,00**
74	BRIMONIDINA TARTRATO de ,2 % COLIRIO OFTAL	MILILITRO	**$ 16.971,57**
75	BROMAZEPAM de 6 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 325,71**
76	BROMAZEPAMTAB/CAPS/GRAG/ COMP3MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.828,43**
77	BROMOCRIPTINA de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.485,00**
78	BUDESONIDA 200MCG/DOSIS de 200 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPAR	**$ 29.877,21**
79	BUDESONIDA 50MCG/DOSIS de 50 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPAR	**$ 18.562,50**
80	CABERGOLINA de 0,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.956,14**
81	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D 600MG+200U.I.	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
82	CALCIO CARBONATO 600MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
83	CALCIO FOSFATO + VITAMINA D 600MG+125U.I.	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 141,57**
84	CALCIO FOSFATO 500-600MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 88,11**
85	CALCITRIOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP0.50MCG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
86	CAPSAICINA 0.025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	**$ 89.885,07**
87	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP25MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
88	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP50MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
89	CARBAMAZEPINA de 20 MILIGRAMOS/MILILITRO SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	**$ 6.474,60**
90	CARBAMAZEPINA RETARD de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 338,58**
91	CARBAMAZEPINA RETARD de 400 MG TABLETAS DE LIBERACION RETARDADA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 677,16**
92	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA de 10 mg/ml COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 15.806,34**
93	CARVEDILOL de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.014,75**
94	CARVEDILOL de 6,25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 253,44**
95	CARVEDILOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP12.5MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 506,88**
96	CEFALEXINA 250MG/5ML JARABE/	MILILITRO	**$ 6.600,33**
97	CEFALEXINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.013,76**
98	CEFRADINA POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL1G	AMPOLLA/VIAL	**$ 2.941,29**
99	CEFRADINA COMP 500MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 990,00**
100	CEFUROXIMA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.495,79**
101	CEFUROXIMA 50 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/	MILILITRO	**$ 149.490,00**
102	CETIRIZINA (CLORHIDRATO)SOLUCION ORAL1% (10MG/ML)	MILILITRO	**$ 1.886,94**
103	CETIRIZINA de 1 mg/ml JARABE/ oral	MILILITRO	**$ 5.940,00**
104	CETIRIZINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
105	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12) de 1000 mcg AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL	**$ 5.940,00**
106	CICLOPENTOLATO de 1 % COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 46.043,91**
107	CICLOSPORINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 8.429,85**
108	CICLOSPORINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.106,72**
109	CIPROFIBRATO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 737,55**
110	CIPROFLOXACINA + DEXAMETASONA (3+1)MG/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 33.589,71**
111	CIPROFLOXACINA + FLUOCINOLONA (3+0.25)MG GOTAS OTICO	MILILITRO	**$ 41.296,86**

	AURICULAR		
112	CIPROFLOXACINA 0,3% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 13.107,60**
113	CIPROFLOXACINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 693,00**
114	CIPROTERONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.273,14**
115	CIPROTERONA ACETATO+ETILINESTRADIOL (2+0.035)MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 3.233,34**
116	CLARITROMICINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	**$ 21.979,98**
117	CLARITROMICINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.111,67**
118	CLEMASTINA 2MG/2ML SOLUCION INYECTABLE PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 12.728,43**
119	CLINDAMICINA 100 MILIGRAMOS OVULO/	OVULO/TABLETA/C	**$ 5.343,03**
120	CLINDAMICINA de 1 % SOLUCIONES TOPICA (EXTER	MILILITRO	**$ 36.205,29**
121	CLINDAMICINA de 2 % CREMAUNGUENTO VAGINAL	GRAMO	**$ 35.640,00**
122	CLINDAMICINA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.089,00**
123	CLOBAZAM de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.079,00**
124	CLOBAZAM de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.112,76**
125	CLOBETASOL PROPIONATO (CREMA) de 0,05 %	GRAMO	**$ 5.926,14**
126	CLOBETASOL PROPIONATO (LOCION) de 0,05 %	MILILITRO	**$ 26.103,33**
127	CLONAZEPAM de 2,5 MILIGRAMOS/MILILITRO GOT	MILILITRO	**$ 5.359,86**
128	CLONAZEPAM 0,5MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 643,50**
129	CLONAZEPAM 2MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 643,50**
130	CLONIDINA de 0,15 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
131	CLOPIDOGREL de 75 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 134,64**
132	CLORFENIRAMINA / COMP4MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 297,00**
133	CLORFENIRAMINASOLUCION ORAL2MG/5 ML	MILILITRO	**$ 5.148,00**
134	CLOROQUINA de 150 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 606,87**
135	CLOTRIMAZOL 1 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA	GRAMO	**$ 1.432,53**
136	CLOTRIMAZOL de 1 % CREMA/GEL/JALEA/ VAGINAL	GRAMO	**$ 10.890,00**
137	CLOTRIMAZOL de 100 MILIGRAMOS OVUL/ VAGINAL	ÓVULO/TAB VAGIN	**$ 660,33**
138	CLOZAPINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 445,50**
139	CLOZAPINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 445,50**
140	COLCHICINA de 0,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
141	COLESTIRAMINA ANHIDRA de 4 GRAMO POLVOS	SOBRE	**$ 1.196,91**
142	COLISTINA + NEOMICINA + HIDROCORTISONA (1.5+5+0.5)MG/ML GOTAS OTICO AURICULAR	MILILITRO	**$ 19.800,00**
143	COMPLEJO B (INYECTABLE) MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 2.956,14**
144	COMPLEJO B (JARABE) de 120 MILILITRO FRASCO ORAL	MILILITRO	**$ 5.940,00**
145	COMPLEJO B (TAB) MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 76,23**
146	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) ESPUMA de 8 %	MILILITRO	**$ 13.107,60**
147	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) SOLUCION de 10 %	MILILITRO	**$ 7.862,58**
148	CORTICOIDE + ANESTESICO CREMA/UNGUENTO RECTAL	GRAMO	**$ 13.860,00**
149	CORTICOIDE + FENILEFRINA (1+0.12)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 18.662,49**
150	CORTICOIDE + LIDOCAINA (5+60)MG SUPOSITORIO RECTAL	SUPOSITORIO	**$ 5.445,00**
151	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1 MG+ 3,5 MG + (6.000-6.600 UI)) / ML COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 10.560,33**
152	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1-5) MG + 3,5 MG (3500UI) + (6.000 - 10.000) UI/ 1 G UNGUENTO OFTALMICO	GRAMO	**$ 55.298,43**
153	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL2% (20MG/ML)	MILILITRO	**$ 6.930,00**

154	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL4% (40MG/ML)	MILILITRO	**$ 9.080,28**
155	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA2% (20MG/ML)	MILILITRO	**$ 8.910,00**
156	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA4% (40MG/ML)	MILILITRO	**$ 8.910,00**
157	CROTAMITONLOCION TOPICA10%	MILILITRO	**$ 8.415,00**
158	DANAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP200MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.553,31**
159	DEFLAZACORT de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 660,33**
160	DEFLAZACORT de 6 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 753,39**
161	DESLORATADINA de 0,5 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE ORAL	MILILITRO	**$ 8.415,00**
162	DESONIDA 0.05% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	**$ 4.767,84**
163	DESONIDA 0.05% SUSPENSION/EMULSION/LOCION TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	**$ 17.608,14**
164	DEXAMETASONA de 0,4 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 1.980,00**
165	DIAZEPAM de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.157,31**
166	DICLOFENACO (SODICO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP100MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 792,00**
167	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAVENOSO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 1.980,00**
168	DICLOFENACO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 14.491,62**
169	DICLOFENACO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
170	DICLOXACILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	**$ 10.687,05**
171	DICLOXACILINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 792,00**
172	DILTIAZEM de 60 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 500,94**
173	DIMENHIDRINATO 50MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
174	DIPIRONA (METAMISOL SODICO)SOLUCION PARENTERAL2.5G/5ML	AMPOLLA/VIAL	**$ 1.980,00**
175	DIPIRONA + ISOMETHEPTENO + CAFEINA ANHIDRA (300+50+30)MG/ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	**$ 52.526,43**
176	DIPIRONA 1G/2ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 1.980,00**
177	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/COMPRIM	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
178	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS OR	MILILITRO	**$ 27.154,71**
179	DIPIRONA MAGNESICASOLUCION PARENTERAL2G/5ML	AMPOLLA/VIAL	**$ 1.980,00**
180	DOMPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 197,01**
181	DOMPERIDONE de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/ ORAL O	MILILITRO	**$ 9.249,57**
182	DORZOLAMIDA CLORHIDRATO 20 MG/ML MILILITRO GOTAS OFTALMICO	MILILITRO	**$ 16.123,14**
183	DOXICICLINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
184	DOXOFILINA 100MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	**$ 74.108,43**
185	ENALAPRIL de 20 MILIGRAMOS /	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
186	ENALAPRIL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
187	ERGOTAMINA + CAFEINA (1+100)MG /PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.089,00**
188	ERITROMICINA (ESTEARATO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 558,36**
189	ERITROMICINA (METILSUCCINATO O ESTEARATO)POLVO PARA SUSPENSION ORAL5% (250MG/5ML) (base)	MILILITRO	**$ 5.306,40**
190	ERITROMICINA 4-5 % GRAMO CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	**$ 59.400,00**
191	ESPIRAMICINA 3 M.U.I.	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.448,37**
192	ESPIRONOLACTONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
193	ESPIRONOLACTONA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
194	ESTRADIOL de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 301,95**
195	ESTRADIOL / ESTRADIOL + CIPROTERONA 2MG/(2+1) MG MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 653,40**

196	ESTRADIOL + NORGESTREL (2+0.5) MCG MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.518,56
197	ESTRIOL de 1 MILIGRAMOS/GRAMO CREMA/GEL/JALEA/UNGUENTO VAGINAL	GRAMO	$ 113.991,57
198	ESTRIOL de 3,5 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL	OVULO	$ 2.722,50
199	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 0,3 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 679,14
200	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 0,625 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 892,98
201	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOSCREMA VAGINAL0.0625% (0.625MG/G)	GRAMO	$ 37.267,56
202	ETINILESTRADIOL + CLORMADINONA (0.03+2) MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 890,01
203	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL (30+150)MCG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 247,50
204	FENITOINA SODICA 100MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 643,50
205	FENITOINA SODICASUSPENSION ORAL125MG/5 ML (2.5%)	MILILITRO	$ 58.334,76
206	FENOXIMETILPENICILINATAB/C	TAB/CAPS/GRAG/	$ 792,00
207	FEXOFENADINA de 120 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 3.574,89
208	FINASTERIDE de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 8.118,00
209	FITOESTROGENOS 40-80MG (ISOFLAVONAS) 0	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
210	FLUCONAZOL 50MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 20.699,91
211	FLUCONAZOL de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.058,31
212	FLUCONAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP150MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.277,99
213	FLUNARIZINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
214	FLUOROMETALONA ACETATO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 7.778,43
215	FLUOXETINA HCL de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
216	FLUOXETINASOLUCION ORAL20MG/5 ML (base)	MILILITRO	$ 16.388,46
217	FOLICO ACIDO + COMPUESTO DE HIERRO (0,25-1) + (100-525) MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.248,29
218	FOLICO ACIDO de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
219	FOLICO ACIDOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
220	FOSFATO + IFOSFATO SODIO 6-16% FRASCO ORAL	MILILITRO	$ 8.945,64
221	FOSFATO + BIFOSFATO DE SODIO RECTAL MILILITRO ENEMA RECTAL	MILILITRO	$ 7.213,14
222	FRACCION FLAVONOIDE MICRONIZADA (DIOSMINA+HESPERIDINA) de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.517,67
223	FURAZOLIDONA 50MG/15ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/	MILILITRO	$ 9.946,53
224	FURAZOLIDONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
225	FUROSEMIDA 20MG/2ML MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 1.980,00
226	FUROSEMIDA de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 396,00
227	FUSIDICO ACIDO 2% CREMA/UNGUENTO/GEL/ TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 5.643,00
228	GABAPENTIN 400MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 541,53
229	GABAPENTIN 600MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 813,78
230	GEMFIBROZILO de 600 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
231	GEMFIBROZILO de 900 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.983,96
232	GENTAMICINA de 3 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 5.940,00
233	GENTAMICINA 160MG/2ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.970,00
234	GENTAMICINA 1MG/G CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 16.861,68
235	GENTAMICINA 80MG/2ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 1.980,00
236	GINKGO BILOBA EXTRACTO de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
237	GINKGO BILOBA / COMP80MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
238	GLIBENCLAMIDA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 396,00

239	GLICERILO GUAYACOLATO 2% JARABE	MILILITRO	**$ 6.600,33**
240	GLICERINA ADULTOS SUPOSITORIO RECTAL	SUPOSITORIO	**$ 1.477,08**
241	GLICERINA CARBONATADA de 1 % GOTAS OTICO AURICULAR C	MILILITRO	**$ 7.920,00**
242	GLIMEPIRIDA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
243	GLUCOSAMINA 1500 MG GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	**$ 1.485,00**
244	HALOPERIDOL 2 MGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL	MILILITRO	**$ 7.920,00**
245	HALOPERIDOL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
246	HALOPERIDOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
247	HEPARINA DE BAJO P.M. de 40 MILIGRAMOS AMPOLLA PARE	AMPOLLA/VIAL	**$ 33.518,43**
248	HEPARINA DE BAJO P.M. de 80 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 40.306,86**
249	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR de 60 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 39.175,29**
250	HIDROCLOROTIAZIDA + AMILORIDA (50+5)MG TABLETA/CAPSULA/GR/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.278,09**
251	HIDROCLOROTIAZIDA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
252	HIDROCORTISONA de 0,5 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	**$ 8.910,00**
253	HIDROCORTISONA + AC. FUSIDICO (1+2)% CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	**$ 116.113,14**
254	HIDROCORTISONA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	**$ 5.940,00**
255	HIDROCORTISONA de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 4.950,00**
256	HIDROXICINA 0,25% JARABE/SUSPENSION//ELIXIR/G	MILILITRO	**$ 7.811,10**
257	HIDROXICINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
258	HIDROXICLOROQUINA (SULFATO)TAB/CAPS/200MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 990,00**
259	HIDROXICLOROQUINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 990,00**
260	HIERRO SACARATO INTRAVENOSO 100MG/5ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 8.642,70**
261	HIERRO SULFATO de 125 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL	MILILITRO	**$ 6.600,33**
262	HIERRO SULFATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
263	HIOSCINA BUTIL BROMURO + PARACETAMOL (2+100)MG/ML GOTAS ORAL	MILILITRO	**$ 17.036,91**
264	HIOSCINA BUTIL BROMURO 10MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 783,09**
265	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG/MLS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 2.970,00**
266	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA 20MG+2.5G/5ML AMPOLLA/VIAL AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 5.906,34**
267	IBUPROFENO 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/ELI	MILILITRO	**$ 6.930,00**
268	IBUPROFENO de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
269	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP600MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 792,00**
270	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP800MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 792,00**
271	IMIPRAMINA HCL de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
272	IMPLANTES DE PROGESTINA IMPLANTE (Hasta 3 años	KIT DE IMPLANTE	**$ 173.956,86**
273	INSULINA ANALOGA BIFASICA (LISPRO PROTAMINA) PREMEZCLASOLUCION SUBCUTANEA25 + 75UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	**$ 25.740,00**
274	INSULINA ASPARTASOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENAD	**$ 20.657,34**
275	INSULINA GLARGINA de 300 UI/3ML AMPOLLA PARENTERAL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	**$ 24.750,00**
276	INSULINA GLARGINA1000UI/10mL SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA/VIAL	**$ 94.756,86**
277	INSULINA GLULISINA SOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	**$ 20.544,48**

278	INSULINA HUMANA C de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 18.565,47**
279	INSULINA HUMANA DETEMIR SOLUCION SUBCUTANEA300UI/3ML	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	**$ 34.671,78**
280	INSULINA HUMANA N de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 18.565,47**
281	INSULINA HUMANA N/C 70/30 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 22.770,00**
282	INSULINA LISPRO de 1000UI/10 ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 61.472,07**
283	IPRATROPIO + FENOTEROL (0.25+0.5)MG/ML SOLUCIONES PARA NEBULIZADORES NASAL	MILILITRO	**$ 36.771,57**
284	IPRATROPIO + FENOTEROL AEROSOL (20+50) mcg/pulverización	FRASCO AEROSOL	**$ 25.938,00**
285	IPRATROPIO BROMURO 20 MICROGRAMOS/PULVERIZ AEROSOL INHALACION	PULVERISACION	**$ 19.795,05**
286	ISONIAZIDA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.980,00**
287	ISONIAZIDA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 5.940,00**
288	ISOSORBIDE DINITRATO de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.421,64**
289	ISOSORBIDE DINITRATO COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
290	ISOTRETINOINA 10MG.	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.355,31**
291	ISOTRETINOINA de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.502,82**
292	IVERMECTINA GOTAS ORAL DE 6MG/MILILI	MILILITRO	**$ 18.562,50**
293	KETOCONAZOL 2% CHAMPU TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	**$ 14.991,57**
294	KETOCONAZOL de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
295	KETOPROFENO 2.5% CREMA/L TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	**$ 16.306,29**
296	KETOPROFENO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
297	KETOPROFENO de 100MILIGRAMOS/ 2MILILITRO AMPOLLA	AMPOLLA/VIAL	**$ 2.970,00**
298	KETOTIFENO 0,025% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 5.513,31**
299	KETOTIFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
300	LACTULOSA 66,7 % SOBRE ORAL	SOBRE	**$ 1.511,73**
301	LAMOTRIGINA 200MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.999,70**
302	LAMOTRIGINA 25MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 374,22**
303	LAMOTRIGINA 50MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 749,43**
304	LAMOTRIGINA 5MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 75,24**
305	LAMOTRIGINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.499,85**
306	LANSOPRAZOL de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 710,82**
307	LATANOPROST 0.005 % de COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 7.955,64**
308	LEFLUNOMIDE de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 14.975,73**
309	LEFLUNOMIDE de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 5.507,37**
310	LEVODOPA BENZERACIDA (200+50) MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 6.641,91**
311	LEVODOPA CARBIDOPA (100+25) MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 5.940,00**
312	LEVODOPA CARBIDOPA (250+25) MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.081,08**
313	LEVOMEPROMAZINA MALEATOSOLUCION ORAL4% (base)	FRASCO	**$ 16.096,41**
314	LEVOMEPROMAZINA MALEATO COMP100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.121,67**
315	LEVOMEPROMAZINA MALEATO / COMP25MG(base)	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 495,00**
316	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP 0,75 MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 7.431,93**
317	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP30MCG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 518,76**
318	LEVOTIROXINA de 100 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
319	LEVOTIROXINA de 125 /PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
320	LEVOTIROXINA de 50 Mg	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**

321	LEVOTIROXINA de 75 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
322	LIDOCAINA HCL CON EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % X 10 ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 14.143,14
323	LIDOCAINA HCL de 2 % JALEA TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 20.346,48
324	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE 2% X 10ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.531,43
325	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 17.715,06
326	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTES (2% X 20ML) AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 21.214,71
327	LIDOCAINA SPRAY de 10 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA)	FRASCO	$ 70.006,86
328	LITIO CARBONATO de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 693,00
329	LOPERAMIDA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
330	LORATADINA (JARABE) de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE ORAL	MILILITRO	$ 7.920,00
331	LORATADINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
332	LORAZEPAM de 1 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 738,54
333	LORAZEPAM de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 432,63
334	LOSARTAN de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
335	LOSARTAN de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
336	LOVASTATINATAB/CAPS/GRAG/ COMP20MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
337	MEBENDAZOLSUSPENSION ORAL2% 100MG/5ML	MILILITRO	$ 3.465,00
338	MEBENDAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP100MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 396,00
339	MEDROXIPROGESTERONA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
340	MEDROXIPROGESTERONA de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL	$ 9.665,37
341	MEDROXIPROGESTERONA+EST RADIOLSOLUCION PARENTERAL(25+5)MG	AMPOLLA/VIAL	$ 15.840,00
342	MELOXICAM de 7,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
343	METFORMINA COMP1000MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 558,36
344	METFORMINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
345	METFORMINA de 850 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
346	METILPREDNISOLONA ACETATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 4.638,15
347	METILPREDNISOLONA SUCCINATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 4.638,15
348	METIMAZOL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
349	METOCARBAMOL de 750 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
350	METOCLOPRAMIDA 10MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 396,00
351	METOCLOPRAMIDA de 10 MILIGRAMOS/ 2 AMPOLL	AMPOLLA/VIAL	$ 1.980,00
352	METOCLOPRAMIDA de 4 MGS/MILILITRO GOTAS	MILILITRO	$ 7.920,00
353	METOPROLOL TARTRATO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 833,58
354	METOPROLOL TARTRATO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 416,79
355	METOTREXATE de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 535,59
356	METOTREXATE de 50 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 19.800,00
357	METRONIDAZOL 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 5.940,00
358	METRONIDAZOL de 500 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
359	METRONIDAZOL OVULO de 500 MILIGRAMOSÓVULO/CAPSULA	ÓVULO/CAPSULA VAGINAL/TABLETA	$ 703,89
360	METRONIDAZOL/NISTATINA 500MG/100.000 U.I. OVULO/TABLETA VAGINAL	TABLETA VAGINAL / OVULOS	$ 1.188,00
361	METRONIDAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP250MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
362	MICOFENOLATO SODICO 250 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.563,11

363	MICONAZOL de 2 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 134.640,00
364	MIDAZOLAM CLORHIDRATOSOLUCION PARENTERAL0.1% (5MG/5ML)	AMPOLLA/VIAL	$ 8.485,29
365	MIDAZOLAM de 7,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.346,40
366	MINOCICLINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.614,69
367	MIRTAZAPINA de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 463,32
368	MISOPROSTOL de 200 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 6.707,25
369	MOMETASONA FUROATO de 50 MICROGRAMOS AEROSOL NASAL	INHALACIÓN/DISPARO	$ 12.586,86
370	MOMETASONA FUROATO 0.1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 3.676,86
371	MOMETASONA FUROATO 0.1% EMULSION/LOCION TOPICA (EXTERNA)	TUBO/FRASCO	$ 9.942,57
372	MONTELUKAST de 10 MG de	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.152,26
374	MONTELUKAST de 4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 164,34
375	MONTELUKAST de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.076,13
376	MOXIFLOXACINA 0.5% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 6.916,14
377	MOXIFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 7.559,64
378	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F. GOTAS O	MILILITRO	$ 14.703,48
379	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F. JARABE	MILILITRO	$ 36.944,82
380	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F	TAB/CAPS/GRAG/	$ 990,00
381	NAPROXEN COMP500MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
382	NAPROXENO (125MG/5ML) JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 4.455,00
383	NAPROXENO de 250 MILIGRAMOS Código 820100	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
384	N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA + ACETAMINOFEN 10/500 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.676,07
385	NIFEDIPINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 353,43
386	NIFEDIPINA LIB. CONTROLADA (OSMOTICA) de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 693,00
387	NIFEDIPINA LIB. CONTROLADA (PROGRAMADA) de 30 MILIGRAM	TAB/CAPS/GRAG/	$ 693,00
388	NIMODIPINO de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 693,00
389	NISTATINA de 100.000 UI OVULO/TABLETA VAGINAL	TAB VAGIL / ÓVULO	$ 1.188,00
390	NISTATINA de 100.000 UI/ML JARABE/SUSPENSION/	MILILITRO	$ 8.393,22
391	NITAZOXANIDA de 2 % JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 25.623,18
392	NITAZOXANIDA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 3.341,25
393	NITROFURANTOINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
394	NITROFURAZONA 0.2% CREMA/ TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 41.580,00
395	NORETISTERONA + ESTRADIOL (1+2)MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 337,59
396	NORETISTERONA + ESTRADIOL (50+5) MG/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 12.832,38
397	NORFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
398	NUTRICION COMPLETA PARA PACIENTE ADULTO (400GRS)	GRAMO	$ 47.803,14
399	OLANZAPINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.183,05
400	OLANZAPINA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
401	OLOPATADINA CLORHIDRATOSOLUCION OFT0.2%	MILILITRO	$ 13.860,00
402	OMEPRAZOL 20MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594,00
403	OXCARBAZEPINATAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 588,06
404	OXIBUTININO 5MG/5ML SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	$ 9.369,36
405	OXIBUTINO CLORURO 5 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 289,08
406	OXIBUTINO CLORURO RETARD 10 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.515,59

	OXICODONA DE LIBERACION MODIFICADA de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 3.031,38
407	OXIMETAZOLINA SOLUCION 0,025% GOTAS NASAL	MILILITRO	$ 9.581,22
408	OXIMETAZOLINA SOLUCION 0,05% GOTAS NASAL	MILILITRO	$ 8.311,05
409	OXITETRACICLINA + POLIMIXINA B (5MG+10000UI)/G UNGUENTO OFTA	GRAMO	$ 19.800,00
410	PENICILINA CRISTALINA de 1.000.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 3.960,00
411	PENICILINA G BENZATINICA de 1.200.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 5.016,33
412	PENICILINA G BENZATINICA de 2.400.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 4.950,00
413	PENICILINA V POTASICA 250MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	$ 11.880,00
414	PENTOXIFILINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.338,48
415	PICOSULFATO 1.5 MCG/GOT MICROGRAMOS GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 13.576,86
416	PILOCARPINA 2% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 31.396,86
417	PILOCARPINA 5 MG de 5	TAB/CAPS/GRAG/	$ 419,76
418	PIPOTIAZINA PALMITATOSOLUCION PARENTERAL25MG/ML	AMPOLLA/VIAL	$ 5.896,44
419	PIRANTEL (EMBONATO O PAMOATO)250MG/5ML (base 5%) SUSPENSION	MILILITRO	$ 3.960,00
420	PIRANTEL (EMBONATO O / COMP250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/	$ 693,00
421	PIRANTEL / OXANTEL (250/250) MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 1.930,50
422	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA 25 MG. + 500 MG.	TAB/CAPS/GRAG/	$ 7.722,00
423	PLATA SULFADIAZINA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 5.940,00
424	PODOFILINA 20% SOLUCIONTOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	$ 11.407,77
425	POLIACRILICO ACIDO (0.2-0,25)% GEL OFTALMICO	GRAMO	$ 26.622,09
426	POLIETILENGLICOL + PROPILENGLICOL (4 + 3) MG/ML FRASCO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 35.006,40
427	POLIETILENGLICOL 3350 5.9% POLVOS ORAL	SOBRE	$ 2.449,26
428	PRAZOSIN de 1 MGTAB/CAP/GRAGEA/PERLA	TAB/CAPS/GRAG/	$ 495,00
429	PREDNISOLONA (1-10) MG/ML de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCIONES	MILILITRO	$ 11.880,00
430	PREDNISOLONA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 396,00
431	PREDNISONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.188,00
432	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL	OVULO	$ 1.915,65
433	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.435,50
434	PROPAFENONA de 150 MILIGRAMOS PARENTERAL	TAB/CAPS/GRAG/	$ 972,18
435	PROPARACAINA HCL 5MG/ML COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 92.635,29
436	PROPRANOLOL de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 396,00
437	PSYLLIUM MUCILAGO 49-90% SOBRE GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	$ 5.940,00
438	QUINAPRIL de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 910,80
439	QUINAPRIL de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.058,31
440	RETINOICO ACIDO + HIDROQUINONA 0.05 + (2-5)% CREMA TOPICA (EX	GRAMO	$ 67.461,57
441	RETINOICO ACIDO 0.025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 63.501,57
442	RETINOICO ACIDO 0.05% CREMA/ tópica (EXTERNA)	GRAMO	$ 14.846,04
443	RIFAMPICINA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.980,00
444	RISPERIDONA 1 MG/ml de 1 MI GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 11.880,00
445	RISPERIDONA de 3 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.157,31
446	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 385,11
447	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP2MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 771,21

448	SACCHAROMYCES BOULARDI 250 MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 6.513,21**
449	SALBUTAMOL (SULFATO)SOLUCION ORAL0.04% (2MG/5ML)	MILILITRO	**$ 3.960,00**
450	SALBUTAMOL 100MCG/PULV AEROSOL BUCAL	INHALACIÓN/DISPAR	**$ 13.860,00**
451	SALES DE REHIDRATACION ORALSOLUCION ORAL Aporte al menos 60 meq de sodi	MILILITRO	**$ 8.273,43**
452	SALES DE REHIDRATACION ORL GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	**$ 1.386,00**
453	SECNIDAZOL 500MG/15ML JARABE SOLUCION ORAL	MILILITRO	**$ 8.390,25**
454	SECNIDAZOL de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.201,76**
455	SERTRALINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
456	SERTRALINA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
457	SOLUCION SALINA HIPERTONICA 5% COLIRIO OFTA	MILILITRO	**$ 60.848,37**
458	SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% 100 ML de 100 MILILITRO BOLSA PARENTERAL	BOLSA PLASTICA EN PVC	**$ 2.404,71**
459	SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% GOTAS NASAL	MILILITRO	**$ 2.216,61**
460	SUCRALFATE 1G TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COM	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 333,63**
461	SUCRALFATE 1G/5ML SUSPES ORAL	MILILITRO	**$ 70.366,23**
462	SULFACETAMIDA SODICA 10-15% COLIRIO OFTA	MILILITRO	**$ 5.569,74**
463	SULFASALAZINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 383,13**
464	TACROLIMUSCREMA TOPICA0.03%	GRAMO	**$ 20.307,87**
465	TACROLIMUSCREMA TOPICA0.10%	GRAMO	**$ 31.114,71**
466	TAMOXIFENO de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 330,66**
467	TAMSULOSINA de 0.4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.651,32**
468	TECLOZAN de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 15.642,00**
469	TEOFILINA 80MG/15ML JARABE ORAL	MILILITRO	**$ 7.920,00**
470	TEOFILINA LIBERACION LENTA 125MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 211,86**
471	TEOFILINA LIBERACION LENTA 300MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
472	TERAZOSIN de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.485,00**
473	TERBINAFINA 250MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.485,00**
474	TETRACICLINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 990,00**
475	TIAMINA (VITAMINA B1) de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENT	AMPOLLA/VIAL	**$ 7.920,00**
476	TIAMINA (VITAMINA B1) de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
477	TIBOLONA de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.025,64**
478	TIMOLOL + DORZOLAMIDA (0.5+2)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 10.077,21**
479	TIMOLOL MALEATO 0.5% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 2.495,79**
480	TIMOLOL+BIMATOPROSTSOLUCION OFTALMICA(5+0.3)MG/ML	MILILITRO	**$ 47.873,43**
481	TINIDAZOL de 200 MIL JARABE ORAL	MILILITRO	**$ 7.920,00**
482	TINIDAZOL de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 660,33**
483	TIZANIDINA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 2.252,25**
484	TIZANIDINA de 4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 925,65**
485	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA (0,3+0,1)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 11.880,00**
486	TOBRAMICINA 0.3% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 9.899,01**
487	TOPIRAMATO 100MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.678,05**
488	TOPIRAMATO de 15 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 251,46**
489	TOPIRAMATO de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 418,77**
490	TOPIRAMATO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 838,53**

491	TOXOIDE TETANICO 40U.I./0.5ML AMPOLLA PARE	AMPOLLA/VIAL	**$ 11.880,00**
492	TRAMADOL de 100 Mg/Ml JARABE ORAL	MILILITRO	**$ 7.920,00**
493	TRAMADOL de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCION INYECTABLE PA	AMPOLLA/VIAL	**$ 2.970,00**
494	TRAMADOL (CLORHIDRATO)SOLUCION PARENTERAL100MG/2ML	AMPOLLA/VIAL	**$ 2.970,00**
495	TRANEXAMICO ACIDO de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 5.940,00**
496	TRAVOPROST 0.004 % de COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 46.588,41**
497	TRAZODONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 666,27**
498	TRAZODONA de 150 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 12.269,07**
499	TRAZODONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
500	TRIAMCINOLONA ACETONIDASUSPENSION PARENTERAL40MG/ML	AMPOLLA/VIAL	**$ 19.800,00**
501	TRIAMCINOLONA de 10 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	**$ 56.727,00**
502	TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 572,22**
503	TRIMEBUTINA MALEATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 858,33**
504	TRIMEBUTINASUSPENSION ORAL200MG/15ML	MILILITRO	**$ 28.285,29**
505	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (160+800)MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
506	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (80+400)MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	**$ 6.930,00**
507	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL 40+200MG/5ML JARABE	MILILITRO	**$ 6.930,00**
508	TROPICAMIDA 1% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	**$ 29.700,00**
509	UREA 10% CREMA/UNGUENTO/GELTOPICA (EXTER	GRAMO	**$ 32.669,01**
510	URSODESOXICOLICO ACIDO de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.247,40**
511	VALPROICO ACIDO + VALPROATO DE SODIO 250MG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 964,26**
512	VALPROICO ACIDO de 250 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.039,50**
513	VALSARTAN de 160 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.362,24**
514	VALSARTAN de 80 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 681,12**
515	VASELINA PURA USP de 100 % CREMA/	GRAMO	**$ 11.314,71**
516	VENLAFAXINA de 75 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.902,78**
517	VERAPAMILO de 80 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
518	VERAPAMILO RETARD de 120 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 396,00**
519	VERAPAMILO RETARD de 240 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 8.910,00**
520	VITAMINA A de 100.000 UI	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
521	VITAMINA A de 50.000 UI	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**

522	VITAMINA D3 0.25MCG	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.112,76**
523	VITAMINA E de 400 UI	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 792,00**
524	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 2MG/ 0.2ML -AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL	**$ 3.960,00**
525	WARFARINA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**
526	ZINC + MULTIVITAMINAS S.M.N.F GRANULADO OR	TARRO	**$ 47.486,34**
527	ZINC + MULTIVITAMINAS S.M.N.F.	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 1.060,29**
528	ZINC OXIDO + NISTATINA (0,2 G+100.000 U.I.) / G CREMA/UNGUENTTOPICA (EXTERNA)	GRAMO	**$ 16.380,54**
529	ZOLPIDEM de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	**$ 594,00**