REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

GS - 2022 - REGI – GRUCO – 17.2

Santiago de Cali,

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA

PN RASES4 MIC 130/2022

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de desarrollar el objeto del presente proceso **"**Prestación de servicios de salud de baja complejidad con IPS de acuerdo al portafolio de servicios, dispensación de medicamentos ambulatorios Y servicio de fisioterapia. Para el personal de usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional residentes en el municipio de Dagua y su área de influencia, de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA".

de acuerdo a las condiciones técnicas mínimas establecidas y que cumplan con todos los requisitos exigidos para el mismo.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

El presente proceso de contratación se adelantará por modalidad de selección de MÍNIMA CUANTÍA, según lo establecido en el artículo 274 de la Ley 1450 del 2011, 94 de la Ley 1474 del 2011 y acorde con lo estipulado en el capítulo 2 subsección 5 del Decreto 1082 de 2015 y 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", metodología **SECOP II**, dispuesta por Colombia Compra Eficiente,

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

<table>
<tr><td>Objeto</td><td>Prestación de servicios de salud de baja complejidad con IPS de acuerdo al portafolio de servicios, dispensación de medicamentos ambulatorios Y servicio de fisioterapia. Para el personal de usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional residentes en el municipio de Dagua y su área de influencia, de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.
<table>
<tr><th>CLASIFICACIÓN UNSPSC</th><th>Segmento</th><th>Familia</th><th>Clase</th></tr>
<tr><td>85101500</td><td>Servicios de Salud</td><td>Servicios integrales de salud</td><td>Centros de salud</td></tr>
<tr><td>85121800</td><td>Servicios de Salud</td><td>Práctica médica</td><td>Laboratorios médicos</td></tr>
<tr><td>85121900</td><td>Servicios de Salud</td><td>Practica Medica</td><td>Farmacéuticos</td></tr>
<tr><td>85122101</td><td>Servicio de salud</td><td>Práctica médica</td><td>Servicios de rehabilitación</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Presupuesto Oficial</td><td>El valor estimado en el presente proceso es de VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS ($28.000.000) M/CTE. Para la Vigencia 2022., amparado en el certificado de disponibilidad presupuestal No 67122 del 14 de julio 2022, expedido por la responsable de presupuesto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4.</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>
<table>
<tr><th>GRUPOS</th><th>DESCRIPCIÓN</th><th>VALOR ASIGNADO POR GRUPO VIGENCIA 2022</th></tr>
<tr><td>Grupo 1</td><td>Prestación de Servicios de consulta médico general Nivel I
Toma y estudio de exámenes de Laboratorio Clínico Especializado
Dispensación de Medicamentos ambulatorios contemplados en el Vademécum PONAL</td><td>$ 25.000.000</td></tr>
<tr><td>Grupo 2</td><td>Prestación de servicios de Salud por consulta y terapia física</td><td>$ 3’000.000</td></tr>
<tr><td colspan="2">TOTAL</td><td>$28’000.000</td></tr>
</table>

Resolución 001 del 01/01/2021 DISAN
RUBRO PPTAL: SERVICIOS DE SALUD HUMANA
PROGRAMA: “O” ATENCIÓN SALUD
RECURSO:
VIGENCIA 2022: $ 28’’000.000
VALOR: $ 28’000.000
Plan Anual de Adquisiciones SI <u>X</u> o No___ Nº. 538 - 537
Fecha del Certificado__01/06/2022_____

<table>
<tr><th>DESCRIPCION</th><th>PRESUPUESTO ASIGNADO 2022</th></tr>
<tr><td>SERVICIOS MEDICOS MEDIANA Y BAJA UPRES VALLE Y DAGUA</td><td>$25’000.000</td></tr>
<tr><td>APOYO TERAPEUTICO O REHABILITACION TERAPEUTICA (REHABILITACION)</td><td>$3.000.000</td></tr>
</table>

NOTA: La oferta que exceda el presupuesto oficial no será tenida en cuenta en el presente proceso de selección. (Diligenciar Anexo “Oferta Económica”).
</td>
</tr>
<tr>
<td>Forma y plazo de ejecución</td>
<td>La ejecución del presente proceso se realizará bajo la modalidad de TRACTO SUCESIVO en l condiciones, presentaciones y con las garantías exigidas, según la necesidad y remisión autoriza por la oficina de Grupos Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Sal No.4, hasta agotar el presupuesto asignado al presente proceso o hasta agotarse su plazo ejecución lo que primero ocurra.

PLAZO

El plazo de ejecución del contrato será a partir del perfeccionamiento del contrato, aprobación de la garantía única y notificación del inicio de ejecución del mismo y hasta el treinta (31) de Diciembre del año 2022 o hasta agotar la totalidad del presupuesto disponible, lo que primero ocurra.</td>
</tr>
<tr>
<td>Forma y procedimiento de adjudicación</td>
<td>La adjudicación del presente proceso se realizará de forma TOTAL, por el presupuesto total asignado, a la oferta con mayor porcentaje de descuento ofertado; se realizará mediante la suscripción y comunicación de aceptación de la oferta, por la Oficina de contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4; con la publicación de la comunicación de aceptación en el SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta.

Nota: Se podrá adjudicar parcialmente, cuando dentro de las ofertas presentadas en el proceso no se oferte la totalidad de los ítems. En todo caso se tendrá en cuenta la oferta que presente el mayor número de ítems ofertados</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de prestación de servicios</td>
<td>Los servicios serán prestados en las instalaciones de la entidad contratada la cual debe tener su sede en el municipio de Dagua.</td>
</tr>
</table>

Forma de pago	La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, cancelará al contratista que se le adjudique el presente proceso de contratación, en forma parcial los pagos según el monto facturado y conciliado entre las partes a través de un proceso de auditoría de cuentas dentro de los Cuarenta y Cinco (45) días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio, en la Ventanilla - Central de Cuentas, junto con el recibido a satisfacción suscrito por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC); cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes, y una vez el Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos a la Dirección de Sanidad. El pago se realizará en moneda legal colombiana, para lo cual se requiere que la empresa contratada facture y radique sin dilación los primeros 05 días hábiles de cada mes, en la Ventanilla Única de la Central de Cuentas, previa expedición del Recibo a Satisfacción Técnico (RAS) expedido por el Supervisor del Contrato, cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional. Se realizarán pagos una vez se presente la respectiva factura con los respectivos anexos (certificación de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, certificación del revisor fiscal de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, -copia planilla pago seguridad social, certificación del supervisor del contrato) de los servicios prestados por la empresa contratada. No obstante, la aprobación de los cupos de PAC no será impedimento para la ejecución del objeto contractual; el oferente debe manifestar mediante documentos escrito y firmado por el representante legal que se acoge a la forma de pago establecida en la presente convocatoria. En el evento de que la facturación la efectúe un consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del decreto 3050 de 1997, la factura, además de señalar el porcentaje o el valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicará el nombre o la razón social y NIT de cada uno de ellos, estas facturas deben de cumplir con los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias. **NOTA:** El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, debe cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 016 del 9 de marzo de 2021 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020". **PROCEDIMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO PARA EMISIÓN DEL RAS** El Contratista deberá presentar las facturas al Supervisor del Contrato en los primeros tres (03) días hábiles del mes siguiente, quien tendrá un (01) día para elaborar el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico, posteriormente el Contratista radica la factura con el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico RAS en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en salud No. 4, para iniciar el trámite de Auditoría de cuentas médicas y continuar con el trámite de pago respectivo. Si los documentos en referencia son devueltos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Regional se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. **AUDITORIA DE CUENTAS:** Los responsables de la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en salud No. 4, tramitará a la oficina de auditoría de cuentas médicas, la cuenta acompañada del Recibo a Satisfacción Técnico - Económico para realizar la auditoria, la cual será expedida dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelta junto con los soportes a Central de Cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo. **TRÁMITE DE GLOSAS:** En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 del 19 de enero 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 *"Trámite de Glosas"*, cuyo texto es el siguiente:

*"**ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus 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.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago."

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con:

- Relación general de pacientes atendidos, detallando el Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el Contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

- Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 - NIT 805-022-186-6 según sea el origen del usuario beneficiado.
- Discriminado de la factura.
- Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético.
- Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo de Redes Integrales de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, debidamente firmada por el usuario o acudiente.
- Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPs con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato.
- Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente.
- Resumen de la Historia Clínica o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes.
- En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes.

Los soportes que se requieren para desarrollar la actividad de auditoría médica de cuentas como son:

- Historias clínicas.
- Autorizaciones.
- Documento de identificación.

Deben venir en CD debidamente marcado y en unidad de conservación plástica en polipropileno y otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación.

La radicación de la facturación generada por la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 se deberá presentar en la ventanilla de central de cuentas de la Regional, ubicada en la avenida 10N No 16N-21 barrio granada 4 piso en la ciudad de Cali, en horario administrativo.

CAUSALES DE NO PAGO

Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.

Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.

Toda urgencia, que no cuente con código de notificación, por parte de la central de autorización de la USP salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008.

Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de consulta médica, cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia para ser consideradas como una urgencia

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de inminente para la vida del paciente.

Las atenciones derivadas de un evento adverso estarán a cargo de la IPS tratante (generadora), cabe destacar que para lo anterior se surtirá previamente el debido proceso de verificación y análisis del evento adverso.

Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC de la DISAN – Dirección de Sanidad y aprobado por esa instancia del nivel central (el cual puede ser en el formato que el contratista maneje ajustado a lo normado).

	Bien o servicio para administración urgente o tutela, que este 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-Dirección de Sanidad (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrara como herramienta de mejoramiento y supervisión más no como causal de no pago). Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.
Causales de rechazo de la propuesta o declaratoria desierta del proceso	**Son causales para el rechazo de la propuesta, las siguientes:** **a.** Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenida correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. **b.** Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. **c.** Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidades fijadas por la Constitución y la Ley. **d.** Cuando el Objeto Social de la firma, incluido en el Certificado de Existencia y Representación Legal no faculte a la sociedad para desarrollar la actividad materia de la futura contratación. **e.** Cuando la firma oferente no haya realizado la renovación de la matricula mercantil en firme, reflejada en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil expedido por la cámara de comercio correspondiente. **f.** Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. **g.** Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de Representante Legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección. **h.** Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos y al solicitar la justificación esta no sea coherente a la propuesta presentada. **i.** Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. **j.** En el evento en que la Regional De Aseguramiento En Salud No. 4 de la Policía Nacional haya solicitado al oferente por escrito con posterioridad a la presentación de la oferta, aclaraciones o explicaciones relacionadas con información de la misma y éste no dé respuesta hasta el vencimiento del término de traslado del informe de evaluación. **k.** Cuando la oferta se presente en forma extemporánea o en un lugar distinto al señalado en el presente proceso. **l.** No se aceptarán propuestas enviadas por un medio diferente al SECOP II, de hacerlo será causal de rechazo. **m.** Cuando la propuesta sea presentada por Consorcio o Unión Temporal o cualquier tipo de sociedad futura y no se constituya el documento legal que demuestre tal condición. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** La Regional De Aseguramiento En Salud No 4 declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna el contrato ofrecido, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva. **Oferta artificialmente baja.** Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la Entidad Estatal podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual podrá darse inicio a uno nuevo. La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, que se publicará en el SECOP II.
Factores que se tendrán en cuenta para la evaluación	Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con propuesta de **mayor porcentaje de descuento** y así sucesivamente. De conformidad con el **artículo 2.2.1.2.1.5.2, del Decreto 1860 de 2021,** la entidad estatal procederá a revisar las ofertas económicas y a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el **mayor porcentaje de descuento ofertado**, en caso de que esta no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta que se encuentre en segundo lugar y así sucesivamente.

	Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto mediante comunicación motivada que se publicará en el SECOP según Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional*".*
Procedimiento en caso de empate a menor precio	En concordancia a lo preceptuado a la ley 2069 de 2020 ley emprendimiento y su reglamentación en el decreto 1860 del 2021 por medio el cual establece la obligatoriedad de los parámetros de desempate instaurados en el artículo 35 de ley estatutaria y sus siguientes: **ARTÍCULO 35. FACTORES DE DESEMPATE.** En caso de empate en el puntaje total de dos o más ofertas en los Procesos de Contratación realizados con cargo a recursos públicos, los Procesos de Contratación realizados por las Entidades Estatales indistintamente de su régimen de contratación, así como los celebrados por los Procesos de Contratación de los patrimonios autónomos constituidos por Entidades Estatales, el contratante deberá utilizar las siguientes reglas de forma sucesiva y excluyente para seleccionar al oferente favorecido, respetando en todo caso los compromisos internacionales vigentes. 1. Preferir la oferta de bienes o servicios nacionales frente a la oferta de bienes o servicios extranjeros. 2. Preferir la propuesta de la mujer cabeza de familia, mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o, la de un proponente plural constituido por mujeres cabeza de familia, mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente. 3. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite en las condiciones establecidas en la ley que por lo menos el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad a la que se refiere la Ley 361 de 1997. Si la oferta es presentada por un proponente plural, el integrante del oferente que acredite que el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad en los términos del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura y aportar mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta. 4. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite la vinculación en mayor proporción de personas mayores que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la Ley. 5. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite, en las condiciones establecidas en la ley, que por lo menos diez por ciento (10%) de su nómina pertenece a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitanas. 6. Preferir la propuesta de personas en proceso de reintegración o reincorporación o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o, la de un proponente plural constituido por personas en proceso de reincorporación, y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente. 7. Preferir la oferta presentada por un proponente plural siempre que: (a) esté conformado por al menos una madre cabeza de familia y/o una persona en proceso de reincorporación o reintegración, o una persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente, y, que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el proponente plural; (b) la madre cabeza de familia, la persona en proceso de reincorporación o reintegración, o la persona jurídica aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la madre cabeza de familia o persona en proceso de reincorporación o reintegración, ni la persona jurídica, ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural. 8. Preferir la oferta presentada por una Mipyme o cooperativas o asociaciones mutuales; o un proponente plural constituido por Mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales. 9. Preferir la oferta presentada por el proponente plural constituido por micro y/o pequeñas empresas, cooperativas o asociaciones mutuales. 10. Preferir al oferente que acredite de acuerdo con sus estados financieros o información contable con corte a 31 de diciembre del año anterior, por lo menos el veinticinco por ciento

	(25%) del total de pagos realizados a Mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales por concepto de proveeduría del oferente, realizados durante el año anterior; o, la oferta presentada por un proponente plural siempre que: (a) esté conformado por al menos una MIPYME, cooperativa o asociación mutual que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%); (b) la MIPYME, cooperativa o asociación mutual aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la MIPYME, cooperativa o asociación mutual ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural. 11. Preferir las empresas reconocidas y establecidas como Sociedad de Beneficio e Interés Colectivo o Sociedad BIC, del segmento MIPYMES. 12. Utilizar un método aleatorio para seleccionar el oferente, método que deberá haber sido previsto previamente en los Documentos del Proceso. **PARÁGRAFO PRIMERO.** Los factores de desempate serán aplicables en el caso de las cooperativas y asociaciones mutuales que cumplan con los criterios de clasificación empresarial, definidos por el Decreto 957 de 2019, priorizando aquellas que sean micro, pequeñas o medianas. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** Para los criterios enunciados que involucren la vinculación de capital humano, el oferente deberá acreditar una antigüedad igual o mayor a un año. Para los casos de constitución inferior a un año se tendrá en cuenta a aquellos trabajadores que hayan estado vinculados desde el momento de constitución de la misma. **PARÁGRAFO TERCERO. El** Gobierno Nacional podrá reglamentar la aplicación de factores de desempate en casos en que concurran dos o más de los factores aquí previstos. SI no es posible comparar los criterios anteriores y persiste el empate la entidad adjudicará a quien haya presentado primero la oferta en la plataforma SECOP II entre los empatados, según el orden de presentación de las mismas. Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto en los términos del decreto 1082 del 26 mayo 2015.
Información de aceptación de la oferta	Con la publicación de la comunicación de aceptación en el SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta. (Según la Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional*".*
Análisis de garantías: tipificación, estimación y asignación del riesgo	De conformidad con lo indicado en el "Manual para la Identificación y Cobertura del Riesgo en los Procesos de Contratación (Versión 1)", publicado por la Agencia Nacional de Contratación – Colombia Compra Eficiente, se determinaron los posibles riesgos, reflejándose en la matriz indicada en dicho Manual y conforme a los lineamientos y metodologías expuestos en el mismo. Las contenidas en el Anexo de la presente Invitación.

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES

Los proponentes deberán presentar la integridad de su oferta en la plataforma del SECOP II, en letra imprenta legible, escaneada de forma consecutiva (Formato PDF) con los siguientes documentos así:

2.1 JURÍDICOS

- **Carta de Presentación de la Oferta:** De acuerdo al **formulario adjunto,** firmada por el oferente (persona natural o Representante Legal de la persona jurídica).
- **Certificado de existencia y representación legal** para personas jurídicas y/o matricula mercantil de persona natural expedidos por la Cámara de Comercio respectiva, el cual debe haber sido expedido dentro de los treinta (30) días calendario anteriores a la fecha de presentación de la oferta.

- **CUANDO HUBIERE LUGAR A ELLO, AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA, JUNTA DE SOCIOS O ASAMBLEA GENERAL, AL REPRESENTANTE LEGAL PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.**

- **Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía** del Representante Legal y/o proponente.

- La Policía Nacional consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del Representante Legal. (www.contraloriagen.gov.co – link, certificado antecedentes fiscales). _

- La Policía Nacional consultará los antecedentes judiciales del oferente o su Representante Legal. (www.policia.gov.co – link, Enlaces de Interés.
- La Policía Nacional consultara el certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del Representante Legal. (www.procuraduria.gov.co – link, Generar Certificado).

- **Certificación de Aportes Parafiscales y aportes al sistema de seguridad social integral** suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal, según corresponda. En este último evento, se deberá anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal.

- **Copia del Formulario de Inscripción en el Registro Único Tributario (RUT).**

- **Compromiso Anticorrupción**: De acuerdo con el **Formulario adjunto**, suscrito por el oferente (Persona Natural o Representante Legal de la persona jurídica).

- **Origen Lícito de Recursos**: El proponente mediante documento escrito deberá manifestar expresamente que los activos y recursos que conforman el patrimonio del proponente, y de cada uno de sus integrantes (cuando sea el caso) que empleará para el desarrollo del contrato, provienen de actividades lícitas.

- **CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES, INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD. (***diligenciar el formulario adjunto al presente documento***).**

- **CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC):** La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, consultará y verificará en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas, si el representante legal de la entidad o la persona natural se encuentra vinculado como infractor de la Ley 1801 de 2016 por concepto del no pago de multas. Para lo cual ingresar al enlace: https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx. Igual requisito deberá cumplir las personas naturales (nacionales o extranjeras), el representante legal de las personas jurídicas nacionales o extranjeras y el representante de los consorcios o uniones temporales.

- Presentar la Consulta de Inhabilidades en Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, según la Ley 1918 de 2018.

2.2 TÉCNICOS

- **Anexo adjunto:** Diligenciamiento del mismo “Especificaciones Técnicas Mínimas”.

  Experiencia Mínima Contractual: Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados, de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma sea igual o superior al cincuenta por ciento (50%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones de contratos con concepto favorable de la recepción de los contratos.

  Las certificaciones deben contener la siguiente información:

  - Objeto del contrato
  - No. Del contrato
  - Valor
  - Plazo
  - Fechas de inicio y finalización del contrato
  - Cumplimiento
  - Nombre y NIT del contratante y del contratista

  Cuando la Certificación se allega a nombre de un (1) miembro de un Consorcio o Unión Temporal, de un contrato en que a su vez también fue miembro del Consorcio o Unión Temporal, se tendrá en cuenta conforme al porcentaje de participación en dicho Consorcio o Unión Temporal

- **Nivel De Educación o Nivel Académico:** Con el fin de garantizar la adecuada prestación de los servicios, el Oferente deberá acreditar que cuenta con el Recurso Humano necesario para el desarrollo de los diferentes procesos relacionados con el objeto del contrato, certificando que cuentan con la debida idoneidad y la capacitación recibida en entidades educativas debidamente reconocidas ante el Ministerio de Educación y soportar dichos estudios y capacitaciones del mismo en cada una de las áreas de la salud objeto del contrato a

suscribir. El nivel educativo mínimo exigido es profesional-universitario y según sea el servicio prestado se exige especialización.

- **HABILIDADES:** El proponente debe certificar anexo a la oferta que el personal que prestará los servicios requeridos, cuenta con las habilidades necesarias para el desarrollo del futuro contrato. Opcionalmente las habilidades de los contratistas se pueden convalidar a través de la experiencia específica.

- **Formación**: El proponente deberá acreditar mediante certificación anexa a la oferta que cuenta con el Recurso Humano necesario con la debida idoneidad recibida en entidades educativas debidamente reconocidas ante el Ministerio de Educación. El nivel educativo mínimo exigido es profesional-universitario y según sea el servicio prestado se exige especialización.

CAPACIDAD OPERATIVA: El Oferente deberá certificar que cuenta con la Capacidad operativa como instalaciones, equipo biomédico, recurso humano y logístico, para la prestación de servicios de acuerdo con necesidades y bajo estándares de seguridad para la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. De igual forma el oferente deberá certificar que cuenta con las instalaciones en la ciudad de Cali debidamente habilitadas por El Instituto Departamental de Salud del Valle del cauca.

OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES

CERTIFICADO DE DECLARATORIA DE REQUISITOS ESENCIALES DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD: El oferente debe cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y la Protección Social las normas generales vigentes. Presentar el Certificado de declaratoria de requisitos esenciales del Instituto Departamental de Salud del Valle del Cauca, certificado de habilitación.

- **SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD**: El oferente debe Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto en el orden Nacional como Territorial.

2.3 ECONÓMICOS

- **Oferta Económica:**

La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el mayor porcentaje de descuento, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del porcentaje que se encuentre en segundo lugar de ofrecimiento y así sucesivamente.

- **Sostenibilidad de Precio:** El oferente deberá manifestar la sostenibilidad de los precios durante la vigencia del contrato (diligenciar el Formulario adjunto).

2.4 OTROS DOCUMENTOS

- **Certificación Bancaria:** Se requiere que se encuentre vigente, con el fin de realizar los pagos por parte de la Regional de aseguramiento en Salud No 4.

- **Datos Básicos Beneficiario Cuenta**: La información contenida en el formulario debe ser coherente con la contenida en la Certificación Bancaria. (*Diligenciar formulario adjunto*).

3. CRONOGRAMA DEL PROCESO

Publicación de la invitación	Lugar: PORTAL ÚNICO DE CONTRATACIÓN SECOP II https://community.secop.gov.co/STS/Users/Login/Index?SkinName=CCE&currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO Fecha: **SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II**
Observaciones a la invitación	**SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II** . **NOTA: NO SE TENDRÁN EN CUENTA OBSERVACIONES REALIZADAS DE FORMA VERBAL, NI TAMPOCO LAS REALIZADAS POSTERIORES A LA FECHA Y HORA ESTABLECIDAS EN LA PLATAFORMA SECOPII, NI LAS REALIZADAS EN SITIOS DIFERENTES A LOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE.**
Entrega de propuestas	**Lugar:** La propuesta será recibida ÚNICAMENTE a través de la **plataforma SECOP II**. Para ello el interesado deberá estar

	registrado y contar con usuario y contraseña. No se aceptarán propuestas enviadas por correo electrónico, ni otro medio diferente al señalado en la invitación. **SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II**
Evaluación de las Propuestas y Verificación de los Requisitos Habilitantes	**SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II**
Termino para la publicación del informe de verificación de los requisitos habilitantes	**SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II**
Publicación para observaciones y Presentación de documentos habilitantes	**SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II**
Notificación de aceptación de oferta.	**SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II**.

NOTA: La validez de la oferta se requiere que sea por el tiempo de ejecución del contrato y contado a partir de la fecha de presentación de la oferta.
*De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación hasta el día hábil anterior a la fecha y hora establecida para la entrega de las propuestas.

*En caso de tener dificultades para presentar la oferta en la plataforma del SECOP II seguir el protocolo de Indisponibilidad establecido por Colombia Compra Eficiente, el correo de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4, al cual puede comunicar la dificultad es: deval.rases-con@policia.gov.co

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO

La supervisión del contrato estará a cargo del Jefe del ESPRI FATIMA,UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD VALLE DEL CAUCA – de quien el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No.4 designe, quien cumplirá sus funciones de conformidad con lo previsto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1993, en la Resolución 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 y las obligaciones contenidas en los artículos 82, 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011.

“DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES 80/1993, 134/1994, 850/2003 Y DECRETO 1082 DE 2015, SE INVITA A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL”.

Atentamente,

LA POLICÍA NACIONAL

Mayor**. CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA**
JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4

Elaborado por: PT. DIEGO FERNANDO LOZANO LEMOS
Analista de Contratos
Revisado por: CT. GUSTAVO ANDRES NARVAEZ ARTEAGA
Líder de Contratos
Revisado por: CT. YURY LORENA RAMIREZ ZUÑIGA
Jefe Área Administrativa
Aprobado por: IT. DIEGO FERNANDO CARDONA ORTIZ
Líder Asuntos Jurídicos
Revisado por: Abogada Esp. SULY AIDE CORTES GRAJALES
Asesor Jurídico

ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

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

REQUISITOS GENERALES

A) Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.

B) En la columna OFRECE/NO OFRECE, se evaluará las especificaciones técnicas ofertadas por la firma.

ITEM	Codigos CUPS Resolución 3495/2019	Codigos Tarifario Soat 2022	Servicio	OFRECE	NO OFRECE
	Grupo 1 Consulta Externa				
1	89 0 2 01	39141	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL		
2	89 0 3 01	39141	CONSULTA CONTROL POR MEDICINA GENERAL		
3	89 0 2 01	39141	TELECONSULTA POR MEDICINA GENERAL		
4	89 0 2 05	29116	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA		
5	89 0 3 05	40121	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA		
6	89 0 2 08	35110	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA		
7	89 0 3 08	35110	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA		
8	94 3 1 02	35104	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA		
9	94 4 0 02	35108	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA		
10	89 0 2 03	36101	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL Incluye:ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACION DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLOGICA, PRESCRIPCION FARMACOLOGICA, ELABORACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO , REMISION AL ESPECIALISTA Excluye:PROCEDIMIENTOS QUIRURG		
11	89 0 3 03	36101	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL		
12	89 0 7 03	36102	CONSULTA DE URGENCIAS (para solucion de problemas agudos dolorosos)		
13	23 0 1 02	36602	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR		
14	23 0 2 01	36804	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR		
15	23 2 1 01	36201	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA		
16	232101-1	36202	obturacion de superficie adicional en amalgama		
17	23 2 1 02	36203	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO		
18	23 2 1 03	36205	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO		
19	23 7 3 05	36803	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR		
20	87 0 4 51	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES		
21	87 0 4 52	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES		
22	87 0 4 53	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS		
23	87 0 4 54	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES		
24	99 7 1 06	36904	Topicacion de Fluor en Barniz		
25	99 7 3 10	36901	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC		

26	99 7 1 05	36806	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA		
27	99 7 3 01	36303	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD		
28	89 6 1 00		AFINAMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL (MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL) cada toma		
29	99 0 2 11	39360	ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA		
30	99 0 2 11	39360	ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR		
31	M39319		CAMBIO APÓSITO O PROTECTOR OCULAR		
32	99 0 2 11	39360	CONSEJERIA PRE Y POST TEST DE VIH EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA		
33	86 9 5 00	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD		
34	96 5 2 02	27116	CURACIÓN DE OIDO		
35	38 9 4 00	37502	DISECCION VENOSA SOD		
36	86 1 1 01	37404	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION		
37	99 0 2 11	39360	EVALUACIÓN Y EXAMEN DE SENO		
38	57 9 4 01	23116	INSERCIÓN DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD		
39	69 7 1 01	37108	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]		
40	96 5 2 01	27115	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD		
41	95 0 6 01	39360	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL		
42	93 9 4 02	27111	NEBULIZACION (Tarifa por cada una)		
43	86 2 7 01	15200	ONICECTOMÍA		
44	57 9 5 01	23116	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD		
45	89 3 8 12	24126	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA		
46	86 9 4 00		RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD		
47	S22104		SALA BÁSICA DE PROCEDIMIENTOS		
48	S22101	39202	SALA DE CURACIONES		
49	90 3 1 05	19006	ACIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO		
50	90 5 2 01	19019	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO		
51	90 3801	19017	ACIDO URICO		
52	90 3 8 06	19062	AMILASA EN ORINA DE 24 H		
53	90 2 0 04	19079	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LÚPICO]		
54	90 6 6 10	19140	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA [PSA]		
55	90 6 3 04	19867	ANTÍGENOS FEBRILES [VIDAL O WEIL FELIX]		
56	90 7 0 01	19153	AZUCARES REDUCTORES EN HECES		
57	90 3 8 09	19170	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		
58	90 3 8 11		CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRÍA		
59	90 3 8 73		CALCIO EN ORINA ESPONTANEA		
60	90 6 8 02	19187	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA		
61	90 6 2 05	19207	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig G [CMV-G] POR EIA		
62	90 6 2 06	19211	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA		
63	90 3 8 13	19224	CLORO [CLORURO]		
64	90 3 8 14	19224	CLORUROS EN ORINA 24 horas		
65	90 3 8 15	19237	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]		
66	90 3 8 16	19241	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO		
67	90 3 8 18	19242	COLESTEROL TOTAL		
68	90 3 4 20	19247	COLINESTERASA SERICA		
69	90 1 1 07	19497	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		
70	90 1 1 01	19157	COLORACIÓN PARA ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA		

71	90 2 2 01	19260	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO		
72	90 1 2 06	19266	COPROCULTIVO		
73	90 7 0 02	19267	COPROLÓGICO		
74	90 7 0 04	19273	COPROSCÓPICO Incluye:pH, SANGRE OCULTA, AZÚCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARÁSITOS		
75	90 3 8 23	19289	CREATININA DEPURACIÓN		
76	90 3 8 24	19290	CREATININA EN ORINA DE 24 H		
77	90 3 8 22	19280	CREATININA EN ORINA ESPONTANEA **Creatinuria espontanea**		
78	90 3 8 25	19290	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
79	90 1 2 13	19309	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL		
80	90 1 2 30	19313	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO		
81	90 1 2 17	19316	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES		
82	90 6 2 07		Dengue, ANTICUERPOS Ig G		
83	90 6 2 08		Dengue, ANTICUERPOS Ig M		
84	90 6 2 09		Dengue, ANTICUERPOS TOTALES		
85	90 3 8 28	19332	DESHIDROGENASA LÁCTICA [LDH]		
86	90 2 2 05	19977	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA		
87	90 2 2 04	19977	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL		
88	90 1 3 04	19875	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECIÓN NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL		
89	90 1 3 05	19582	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]		
90	90 2 2 06	19731	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA, ESTUDIO DE MORFOLOGÍA		
91	90 6 9 11	19395	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LÁTEX		
92	90 3 8 30	19448	FOSFATASA ACIDA		
93	90 3 8 33	19454	FOSFATASA ALCALINA		
94	90 3 8 35	19465	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS]		
95	A32013B		Hisopado Nasofaringeo para COVID-19		
96	90 3 8 36	19465	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H		
97	90 3 8 41	19490	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
98	90 3 8 42	19495	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye:CARGA DE GLUCOSA		
99	90 3 8 43	19493	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL		
100	90 3 8 44	19323	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA (POR MUESTRA) (115)		
101	90 3 8 45	19493	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN		
102	90 4 5 08	19353	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		
103	90 6 6 25	19165	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG]		
104	90 2 2 11	19505	HEMATOCRITO		
105	90 2 2 12	19509	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO Y FACTOR Rh		
106	91 1 0 18	19510	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR EN TUBO		
107	90 2 2 13	19517	HEMOGLOBINA		
108	90 3 4 26	19522	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES		

109	90 2 2 10	19304	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS,INDICES ERITROCITARIOS,LEUCOGRAMA,RECUENTO DE PLAQUETAS,INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
110	90 2 2 14	19534	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA		
111	90 6 2 19	19540	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
112	90 6 2 18	19541	HEPATITIS A Acs IgM (HVAM) EIA		
113	90 6 2 20	19545	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs)Inmunocromatografia		
114	90 6 2 21	19542	HEPATITIS B A cs c TOTALES (anti -HBc) EIA		
115	90 6 2 22	19546	HEPATITIS B Acs e (anti HBe) EIA		
116	90 6 2 23	19547	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs) Inmunocromatografia		
117	90 6 3 18	19552	HEPATITIS B ANTIGENO e(Ag HBe) EIA		
118	90 6 3 17	19551	Hepatitis B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBS]		
119	90 6 2 25	19559	HEPATITIS C Acs HVC Inmunocromatografia		
120	90 4 9 02	19911	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]		
121	90 4 1 05	19447	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE [FSH]		
122	90 4 1 07	19694	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]		
123	90 3 8 55	19698	MAGNESIO EN ORINA DE 24H		
124	90 3 8 54	19698	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
125	90 3 0 26	19722	MICROALBUMINURIA POR EIA		
126	90 3 0 28	19722	MICROALBUMINURIA POR RIA		
127	90 3 8 56	19749	NITROGENO UREICO BUN		
128	90 3 8 59	19792	POTASIO		
129	90 4 5 10	19798	PROGESTERONA		
130	90 4 1 08	19802	PROLACTINA [BASAL]		
131	90 6 9 14	19809	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
132	90 2 2 17	19466	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]		
133	90 6 0 39	19885	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA (Prueba Rapida RPS)		
134	90 2 2 20	19780	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO		
135	90 2 2 21	19780	RECUENTO DE PLAQUETAS, METODO MANUAL		
136	90 6 2 41	19857	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		
137	90 6 2 43	19861	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		
138	90 7 0 09		SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA		
139	90 7 0 08	19868	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]		
140	90 6 9 16	19886	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR &		
141	90 3 8 64	19891	SODIO		
142	90 3 8 65	19891	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		
143	90 4 6 01	19905	TESTOSTERONA LIBRE		
144	90 4 6 02	19907	TESTOSTERONA TOTAL		
145	90 2 0 45	19827	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]		
146	90 2 0 49	19958	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]		
147	90 4 9 21	19917	TIROXINA LIBRE T4L		
148	90 4 9 22	19916	TIROXINA TOTAL [T4]		
149	90 6 1 27	19928	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR EIA		
150	90 6 1 28	19928	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR IFI		
151	90 6 1 29	19929	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR EIA		
152	90 3 8 67	19933	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]		
153	90 3 8 66	19934	TRANSAMINASA GLUTÁMICOPIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]		

154	90 3 8 68	19940	TRIGLICÉRIDOS		
155	90 4 9 24	19948	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]		
156	90 4 9 25	19948	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]		
157	90 7 1 07	19775	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA		
158	90 1 2 36	19966	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO] (112)		
159	90 6 2 47	19976	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G		
160	90 6 2 48	19976	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig M		
161	90 6 2 49	19878	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS &		
162	89 5 1 00	25102	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO (CON UNA A TRES DERIVACIONES)		
163	89 2 9 01		TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO		
164	89 8 0 01	20302	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL		
165	S31309		Domicilio entrega de Medicamentos según Resolucion 521/2020		
166	90 8 7 11		Domicilio Toma de Muestras de Laboratorio Clinico		

MEDICAMENTOS

ITEM	Medicamento	Concentracion	Presentacion	OFRECE	NO OFRECE
1	ACICLOVIR 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
2	ACICLOVIR DE 800 MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	800mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
3	ACICLOVIR UNGÜENTO AL (TOPICA)	0,05	UNG.		
4	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
5	ACIDO ASCORBICO FCO GOT.	100 mg / ml	GOT.		
6	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓNAMP Ó BOL5 ML	5 ml	AMP/VIAL		
7	ALBENDAZOL 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
8	ALBENDAZOL	400mg/20ml	SUSP.		
9	ALENDRONATO SODICO TAB/CAP/GRAG/COMP	70mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
10	ALFAMETILDOPA 250 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	250 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
11	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 300MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
12	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100MG	100 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
13	ALUMINIO ACETATO		LOC.		
14	ALUMINIO+MAGNESIO HIDROXIDO SUSP 200+200 MG	500mg/5ml	SUSP.		
15	AMANTADINA 100MG TAB/CAP/GRAG/COMP	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
16	AMITRIPTILINA HCL 25MG TAB/CAP/GRAG/COMP	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
17	AMLODIPINO 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
18	AMLODIPINO 10MG TAB/CAP/GRAG/COMP	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
19	AMOXICILINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
20	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 100 ML	250mg/100ml	SUSP.		
21	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 60 ML	250mg/60ml	SUSP.		
22	AMOXICILINA+ACIDO CLAVULANICO-CAP (500+125)MG	500+125mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		

23	AMPICILINA ANHIDRA Ó TRIHIDRATOFCO 250MG/5ML	250 mg / 5 ml	FCO		
24	AMPICILINA 500 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
25	ASCORBICO ACIDO 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
26	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
27	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
28	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
29	AZATIOPRINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	50 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
30	AZITROMICINA 500-600MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500-600mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
31	AZITROMICINA SUSPENSION X 200 MG/5 ML	200mg	SUSP.		
32	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 MCG AEROSOL ORAL	250MVG	AER.		
33	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL NASAL 50 MCG	50mcg	AER.		
34	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL ORAL 50MCG	50mcg	AER.		
35	BENCILO BENZOATOFCO 0.25	0,25	FCO		
36	BETAME.0.4%+CLOTRIMA.1.0%+NEO MI.0.5% TUBO X	20mg	CRE.		
37	BETAMETASONA 4MG/ML	4mg/ml	AMP/VIAL		
38	BETAMETASONA 0.0005 CREMA	0,0005	CRE.		
39	BETAMETILDIGOXINA 0.1MG TAB/CAP/GRAG/COMP	0.1mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
40	BIPERIDENO TABLETAS 2 MG	2mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
41	BISACODILO TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG	5 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
42	BROMOCRIPTINA TABLETAS 2.5 MG	2.5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
43	CALAMINA LOCION 8%	8%	LOC.		
44	CALCIO CARBONATO TABLETAS 600MG	(500-1000)mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
45	CALCIO CARBONATO+VITAMINA D TABLETAS (500-600MG +	500+600mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
46	CALCITRIOL 0.25 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP	0.25 mcg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
47	CALCITRIOL 0.50 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP	0.50 mcg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
48	CAPTOPRIL 25 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	25 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
49	CAPTOPRIL 50 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	50 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
50	CARBAMAZEPINA	20mg/ml (2%)	SUSP.		
51	CARBAMAZEPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
52	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 180MG COL.	180mg	COL.		
53	CARVEDILOL 6.25MG TAB/CAP/GRAG/COMP	6.25 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
54	CARVEDILOL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		

55	CEFALEXINA 500MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP	500mg/ml	TAB/CAP/GRAG/COMP		
56	CEFALEXINA SUSPENSION 250 MG / 5 ML(5%)	250mg/5ml	SUSP.		
57	CEFUROXIMA - TAB/CAP/GRAG/COMP - 500MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
58	CEFRADINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
59	CEFTRIAXONA SÓDICA	1 gr	AMP/VIAL		
60	CETIRIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
61	CETIRIZINA	15 ml	GOT.		
62	CETIRIZINA JARABE 1MG/ML	5mg	JBE.		
63	CEFUROZIMA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
64	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12)-AMP/VIAL-1000MCG/ML	(1+100)mg	AMP/VIAL		
65	CIPROFLOXACINA COLIRIO 0.3% OTICA	0.3%	COL.		
66	CIPROFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
67	CLORHEXIDINA DIACETATO TABLETAS MASTICABLES	4 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
68	CLORHEXIDINA DIACETATO ENJUAGUE ANTICEPTICO BUCAL	180ml	FCO		
69	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 20MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
70	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 10MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
71	CLARITROMICINA X 250 MG /5ML POLVO PARA SUSPENSION	50mg/15ml	SUSP.		
72	CLARITROMICINA X 100 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
73	CLINDAMICINA CREMA VAGINAL AL 2%	2%	CRE.		
74	CLINDAMICINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
75	CLINDAMICINA-TAB VAG OVULOS-100 MG	100mg	TAB VAG OVULOS		
76	CLOBETASOL PROPIONATO-CRE.-0.05%	0.05%	CRE.		
77	CLONIDINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 0.150 MG	0.150mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
78	CLOPIDOGREL-TAB/CAP/GRAG/COMP-75MG	75mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
79	CLORANFENICOL TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	250mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
80	CLORFENIRAMINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 4 MG	4 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
81	CLORFENIRAMINAFCO 2 MG / 5 ML	2 mg / 5 ml	FCO		
82	CLOROQUINA (DIFOSFATO Ó SULFATO)TAB Ó CAP250 MG DE	250mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
83	CLOTRIMAZOL CREMA TOPICA 1%	1%	CRE.		
84	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL AL 1%	125mg/5ml	CRE.		
85	CLOTRIMAZOL OVULO Ó TAB VAGINAL AL 2%	200mg	TAB VAG OVULOS		
86	CLOTRIMAZOLFCO 10 MG / ML (1%)	10 mg / ml (1%)	FCO		
87	COLAGENASA 125MG/ML CRE.	125mg/ml	CRE.		

88	COLCHICINA TAB 0.5 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	0,5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
89	COLESTIRAMINA ANHIDRA-POLV.-4G	4g	POLV.		
90	COLISTINA+NEOMICINA+HIDROCORTISONA	(1.53+5+0)	GOT.		
91	COMPLEJO B TAB/CAP/GRAG/COMP	B1 10mg B2 3 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
92	COMPLEJO B 100MG/10 ML	100mg/10 ml	AMP/VIAL		
93	CORTICOIDE + LIDOCAINA CREMA RECTAL	0.25mg/ml	CRE.		
94	CORTICOIDE + LIDOCAINA SUPOSITORIOS RECTALES	(5+60)mg	SUSP.		
95	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA SOLUCION OFTALMICA	(1mg+3.5mg(3500UI)+(6000-6600UI))/ml	SUSP.		
96	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA -UNG-1MG +(3500+600)	20mg	UNG.		
97	CROMOGLICATO DE SODIOFCO	20 mg / ml (2%)	GOT.		
98	CROTAMITON FCO10%	10%	FCO		
99	DESLORATADINA TAB/CAP/GRAG/COMP	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
100	DESLORATADINA-JBE.-0.5MG/ML	0,5mg	JBE.		
101	DESONIDA 0.05% CREMA	0,05%	CRE.		
102	DEXAMETASONA AMP/VIAL AL 0.4%	0.4%	AMP/VIAL		
103	DEXAMETASONA (ACETATO)DE BASE	8 mg/ 2 ml	AMP/VIAL		
104	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAMUSCULAR AMPOLLA / VIAL	75mg/3ml	AMP/VIAL		
105	DICLOFENACO 50 GEL	50g	GEL.		
106	DICLOFENACO SÓDICOTAB50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
107	DICLOFENACO + CODEINA 10MG TAB/CAP/COMP	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
108	DICLOFENACO COLESTIRAMINA TAB/CAP/GRAG/COMP 75 MG	75mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
109	DICLOXACILINA CAP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
110	DICLOXACILINA 250MG/5ML SUSP.	250mg/5ml	SUSP.		
111	DIFENHIDRAMINACAP 50 MG	50 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
112	DIFENHIDRAMINA FCO 12.5 MG / 5 ML	12.5 mg / 5 ml	FCO		
113	DIHIDROCODEINA BITARTRATOFCO2.	42 mg / ml (0.242%)	FCO		
114	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 60 MG	60mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
115	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 180 MG	180mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
116	DIMENHIDRINATO 50MG S.M.N.F. TAB/CAP/GRAG/COMP	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
117	DIOSMINA + HESPERIDINA 450+50MG	450+50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
118	DIPIRONA AMP 1 G/ML AMP 2 ML	1g/2ml	AMP/VIAL		
119	DIPIRONA AMP 2 G/5 ML AMP 5 ML	2 g/5 ml	AMP/VIAL		

120	DIPIRONA TAB/CAP/GRAG/COMP X 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
121	DOMPERIDONA SUS. 1MG/ML	1mg/ml	SUSP.		
122	DOXAZOCINA TAB/CAP/GRAG/COMP 4MG	4mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
123	DOXICICLINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
124	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
125	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
126	ENZIMAS PANCREATICAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-25000 U.I.	25000UI	TAB/CAP/GRAG/COMP		
127	ERGOTAMINA + CAFEINA TAB/CAP/COM (1+100)MG	1+100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
128	ESOMEPRASOL 20MG TAB/CAP/GRAG/COMP	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
129	ESOMEPRASOL 40MG TAB/CAP/GRAG/COMP	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
130	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
131	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
132	ESTRÓGENOS CONJUGADOS 0.0625%	0,0625%	TAB/CAP/GRAG/COMP		
133	ESTROGENOS NATURAL CONJUG Ó ASOC 0.625 MG	0.625 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
134	ETINILESTRADIOL+LEVONORGESTREL (30+150)MC	(30+150)mc	TAB/CAP/GRAG/COMP		
135	FENITOINA SODICA 100MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
136	FITOBREMG CREMA TOPICA (TRITICUM VULGARE 15%)	32 G	CRE.		
137	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
138	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg/5ml	SUSP.		
139	FLUNARIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
140	FLUNARIZINA 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
141	FLUOXETINA 20 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	20 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
142	FOLICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 1MG	1mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
143	FURAZOLIDONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
144	FURAZOLIDONA COMP 50/ML JARABE/SUSPENSIÓN/EMULSION/ELIXIR/GOTASSOLUCION ORAL ORAL	10-15%	TAB/CAP/GRAG/COMP		
145	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML	20 mg / 2 ml	AMP/VIAL		
146	FUROSEMIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
147	FUSIDICO ACIDO CREMA 2%	2%	CRE.		
148	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 600 MG	600mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
149	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 900 MG	900mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
150	GENTAMICINA AMP/VIAL 160 MG / 2 ML	160mg/2ml	AMP/VIAL		

151	GENTAMICINA AMP/VIAL 80 MG / 2 ML	80mg/2ml	AMP/VIAL		
152	GENTAMICINA CREMA 1MG/G	1mg/g	CRE.		
153	GENTAMICINA COLIRIO 3 MG / ML (0FTALMICA)	(160+800)mg	COL.		
154	GINKGO BILOBA EXTRACTO TBL/COMP X 40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
155	GLIBENCLAMIDA TAB/COM/GRAG 5 MG	40+200mg/5ml	TAB/CAP/GRAG/COMP		
156	GLICERINA ADULTOS SUPOSITORIOS RECTAL		SUSP.		
157	GLICERILO GUAYACOLATO JARABE AL 2%	2%	JBE.		
158	GLICERINA CARBONATADA- GOTAS.-0*01 (1%)	1%	GOT.		
159	HIDROCLOROTIAZIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
160	HIDROCORTISONA (ACETATO) CREMA 1%	1%	CRE.		
161	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO)FCO AMP100 MG	100mg	FCO		
162	HIDROCORTISONA(ACETATO) SOL 0*5%	0*5%	LOC.		
163	HIDROXICINA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
164	HIDROXICINA JARABE 250MG/10ML (0.25 %)	250mg/10ml	JBE.		
165	HIERRO SULFATO JARABE 125MG/5ML	125mg/5ml	JBE.		
166	HIERRO SULFATO - TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
167	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG AMP/VIAL	20mg	AMP/VIAL		
168	HIOSCINA BUTIL BROMURO TAB/GRA/COM 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
169	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA AMP(20 +2.5/5ML)	(0.02 + 2.5)	AMP/VIAL		
170	IBUPROFENO SUSPENSION 100MG/5ML	100mg/5ml	SUSP.		
171	IBUPROFENO TAB/GRAG/COMP 400 MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
172	IMIPRAMINA CLORHIDRATOTAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
173	IMIPRAMINA HCL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
174	INSULINA HUMANA N NPH 6MG AMP/VIAL	6mg	AMP/VIAL		
175	INSULINA ZINC CRISTALINAFCO - VIAL80 - 100 U.I. / M	100 ui	AMP/VIAL		
176	IPRATROPIO BROMURO 20MG/ML AER.	0.02mg/Pulverizacion	AER.		
177	ISOCONAZOL CREMA TOPICA X 20 G	20G	CRE.		
178	ISOCONAZOL SOLUCION TOPICA 10MG/ML	10mg/ml	SOL.		
179	ISOSORBIDE DINITRATO TAB SUBLINGUAL 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
180	ISOSORBIDE DINITRATOTAB10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
181	IVERMECTINA SOLUCION ORAL 0.6%	0,63%	GOT.		
182	KETOCONAZOL-CHAM.-0.02 NP	0.02 NP	CHAMPU		

183	KETOCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
184	KETOCONAZOL CREM. 2%	2%	CRE.		
185	KETOPROFENO 100MG AMP/VIAL	100mg	AMP/VIAL		
186	KETOPROFENO 2.5% GEL.	2.5%	GEL.		
187	KETOPROFENO TAB/COM/GRA X 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
188	KETOTIFENOFCO1 MG / 5 ML (0.02%)	1 mg / 5 ml (0.02%)	FCO		
189	LANSOPRAZOL 30MG TAB/CAP/GRAG/COMP	30mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
190	LATANOPROST 0.005%	0,005%	COL.		
191	LEVODOPA + CARBIDOPATAB250 MG + 25 MG	250mg+25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
192	LEVODOPA + CARBIDOPATAB100MG+25MG	100mg+25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
193	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TABLETAS 100 MCG	100mcg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
194	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MCG	50MCG	TAB/CAP/GRAG/COMP		
195	LIDOCAINA HCL (CLORHIDRATO) JALEA 2%	2%	FCO		
196	LITIO CARBONATO-TAB/CAP/GRAG/COMP-300MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
197	LOPERAMIDA(CLORHIDRATO) TABLETA 2 MG	2mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
198	LORATADINA JARABE 1MG/ML (0.1%)	1mg/ml	JBE.		
199	LORATADINA TAB/COM/GRA 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
200	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
201	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
202	LOVASTATINATAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
203	MEBENDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
204	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) AMP/VIAL 50MG/ML	50mg/ml	AMP/VIAL		
205	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) TABLETA 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
206	MELOXICAM-TAB/CAP/GRAG/COMP-7.5MG	7.5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
207	METFORMINA TBL/COM/GRAG 850 MG	850mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
208	METIMAZOL TAB/COM/GRA 5 MG	5mg%	TAB/CAP/GRAG/COMP		
209	METOCARBAMOL TAB/GRAG/COMP 750 MG	750mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
210	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) GOTAS 4 MG/ML (0*4%)	4 mg/ml (0*4%)	GOT.		
211	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 10MG/2 ML	10mg/2ml	AMP/VIAL		
212	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) TAB/COM 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
213	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
214	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 50 MG	50mg/ml	TAB/CAP/GRAG/COMP		

215	METOTREXATO SÓDICO TAB/CAP/GRAG/COMP 2.5 MG DE BASE	2.5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
216	METRONIDAZOL OVULO/TABLETA VAGINAL 500 MG	500mg	TAB VAG OVULOS		
217	METRONIDAZOL SUSPENSION 250MG/5ML	250mg/ml	SUSP.		
218	METRONIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
219	METRONIDAZOL/NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES (500/100	25mcg/Día	TAB VAG OVULOS		
220	MIRTAZAPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 30MG	30mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
221	MONTELUKAST-TAB/CAP/GRAG/COMP-5MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
222	MOXIFLOXACINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
223	MULTIVITAMINAS+MINERALES TAB/CAP/COMP (S.M.N.F)	0	TAB/CAP/GRAG/COMP		
224	MULTIVITAMINAS+MINERALES JARABE (S.M.N.F)	0%	JBE.		
225	NAPROXENO SUSPENSION 125MG/5ML	125mg	SUSP.		
226	NAPROXENO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	250mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
227	NIFEDIPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG (HTA)	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
228	NIFEDIPINA(LIB. CONTROLADA) CAP/COMP 30 MG (HTA)	30 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
229	NIMODIPINO TAB/CAP/GRAG/COMP Ó CAP30 MG	30mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
230	NISTATINA CREMA 100.000 U.I./G	100.000UI	CRE.		
231	NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES 100.000 U.I.	100.000UI	TAB VAG OVULOS		
232	NISTATINA SUSPENSION 100.000 U.I./ML	20mg/2ml	SUSP.		
233	NITAZOXANIDA-SUSP.-2G	400mg	SUSP.		
234	NITAZOXANIDA-TAB/CAP/GRAG/COMP-500MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
235	NITROFURANTOINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
236	NORFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 400 MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
237	OMEPRAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
238	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0*5 MG/ML (0*05%)	0*5 mg/ml (0*05%)	SOL.		
239	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0.25MG/ML (0.025%)	0.025%	GOT.		
240	PARCHE OCULAR ADULTO	-	PARCHE		
241	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 1.200.000 U.I.	1200000UI	AMP/VIAL		
242	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 2.400.000 U.I.	2400000UI	AMP/VIAL		
243	PENTOXIFILINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG	400mg%	TAB/CAP/GRAG/COMP		
244	PIRANTEL/OXANTEL-SUSP.-(250/250)MG/5ML	250/250mg/5ml	SUSP.		
245	PIROXICAM GEL X 30 G	30 g	GEL.		
246	PIROXICAM TAB/CAP/GRAG/COMP X 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		

247	PLATA SULFADIACINA CREMA 1%	0,01	CRE.		
248	PODOFILINA LOCION 20 %	20%	LOC.		
249	PRAZOCIN-TAB/CAP/GRAG/COMP-1MG	1mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
250	PREDNISOLONA TAB/GRAG/COMP 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
251	PREDNISOLONA + FENILEFRINA FCO GOT 1 % + 0.12 %	Got 1 % + 0.12 %	FCO		
252	PREDNISOLONA-SUSP.-OFTALMICA(1%/5ML)	(1%/5ml)	SUSP.		
253	PREDNISOLONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-50MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
254	PRESERVATIVO "CONDON"	-	-		
255	PRIMAQUINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-15MG	15mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
256	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
257	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB80 MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
258	QUINAPRIL-TAB/CAP/GRAG/COMP-20MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
259	RETINOICO ACIDO CREMA 0.05%	0,05%	CRE.		
260	RISPERIDONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-3MG	3mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
261	SALBUTAMOL (SULFATO)FCO2 MG / 5 ML (0.04%)	2mg/ml	SOL.		
262	SALBUTAMOL(SULFATO) AEROSOL 100 MCG/INHALACIÓN	100mcg	AER.		
263	SALES DE REHIDRATACION ORL SOBRE FÓRMULA OMS	5g/100ml	POLV.		
264	SALES DE REHIDRATACION ORL-FCO-	400mg	FCO		
265	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
266	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	SUSP.		
267	SERTRALINA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
268	SUCRALFATE TAB/CAP/GRAG/COMP 1 G	0.1%	TAB/CAP/GRAG/COMP		
269	SULFATO DE ZINC SUSP FCO 120ML	120ml	FCO		
270	SULFATO DE ZINC TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
271	TEOFILINA ELIXIR 80 MG/15 ML	80mg/15ml	ELIX.		
272	TEOFILINA LIBERACION LENTA TAB/CAP/COMP 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
273	TERBINAFINA 1% CREMA TOPICA TUB20G	20g	CRE.		
274	TERAZOSIN TAB/CAP/GRAG/COMP 5MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
275	TERBINAFINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-250MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
276	TETRACICLINA(CLORHIDRATO) CAP/COM/TAB 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
277	TIAMINA (VITAMINA B1) AMP/VIAL 100 MG/ML	100mg/ml	AMP/VIAL		
278	TIAMINA (VITAMINA B1) CAP/TBL/COM 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
279	TIMOLOL MALEATO COLIRIO 5 MG/ML (0.5%)	5 mg/ml (0.5%)	GOT.		

280	TINIDAZOL TAB/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
281	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-2MG	2mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
282	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-4MG	4mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
283	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA-COL.-0*03	0.3mg	COL.		
284	TRAMADOL (CLORHIDRATO) SOLUCION ORAL 100 MG/ML(10%)	100 mg/ml(10%)	SOL.		
285	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 100 MG/ML	100mg/ml	AMP/VIAL		
286	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 50 MG/ML	50 mg/ml	AMP/VIAL		
287	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
288	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
289	TRIMEBUTINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
290	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL SUSP (40+200)MG 120ML	40+200mg/5ml	SUSP.		
291	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL TAB/COMP (160+800)MG	160+800mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
292	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL(F) SUSP (80MG/400)MG	80+400mg	SUSP.		
293	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOLFCO(40+200) 60ML	(40+200) 60ml	FCO		
294	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 80 + 400) MG	(80+400)mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
295	UREA-CREMA.-(10-40)%	10-40)%	CRE.		
296	VALPROICO ACIDO JAREBE 250 MG/5 ML	250mg/ml	JBE.		
297	VALPROICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	250mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
298	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-160MG	160mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
299	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
300	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB 240MG	240mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
301	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB120 MG	120mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
302	VERAPAMILO RETARD-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
303	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 100.000 U.I.	100000UI	PER.		
304	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 50.000 U.I.	50000UI	PER.		
305	VITAMINA B12 AMP 1ML/1MG 1ML	1ml/1mg	AMP/VIAL		
306	VITAMINA D3 TAB/CAP/GRAG/COMP 0.25MCG	0.25mcg	TAB/CAP/GRAG/COMP		
307	VITAMINA E CAPSULA 400 UI	400UI	PER.		
308	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 10MG/ML	10mg	AMP/VIAL		
309	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 1MG/ML	1mg/ml	AMP/VIAL		
310	WARFARINA(SÓDICA) TAB/COM/GRAG 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP		

311	YODOPOVIDONA SOLUCION BUCOFARINGEOX 120 ML	120 ml	SOL.		
312	YODOPOVIDONAFCO10%	10%	FCO		
313	ZINC + MULTIVITAMINAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-S.M.N.F.	0	TAB/CAP/GRAG/COMP		
314	ZINC OXIDO+NISTATINA CREMA TOPICA 5%+100.000 U.I	5%+100.000 U.I	CRE.		
315	ZINC+MULTIVITAMINAS-GRANULADO-S.M.N.F	0	TAB/CAP/GRAG/COMP		
316	CLARAX ANTISEPTICO TABLETAS MASTICABLES	0	TABLETAS MASTICABLES		
317	Clarax Enjuague Antiseptico Bucal		Enjuague Antiseptico		
318	Clarax Enjuague Antiseptico Bucal SPRAY		Enjuague Antiseptico		
319	Clarax Gel Tubo x 30 gr		Antiseptico Gel		
320	GASTACID SACHETS X 10 ML		SOBRES		
321	ROSUVASTATINA 40 MG	40 mg	TABLETAS		
322	FENOFIBRATO CAPSULAS X 200 MG	200 MG	TABLETAS		
323	BETAHISTINA TABLETAS X 16 MG	16 mg	TABLETAS		
324	BETAHISTINA TABLETAS X 8 MG	8 Mg	TABLETAS		
325	Mupirocina Crema al 2% tubo	Crema	Crema		

INSUMOS

ITEMS	DESCRIPCION	OFRECE	NO OFRECE
1	Jeringa x 10 cc		
2	Jeringa x 5 cc		
3	Jeringa x 3 cc		
4	Especulo SENCILLO		
5	Especulo KIT		
6	Bistury # 10 y # 11		
7	BATAS DESECHABLES		
8	Mascara de NEBULIZAR Pediatrico		
9	Mascara de NEBULIZAR Adulto		
10	GUANTES ESTERILES		
11	GUANTES DESECHABLES (PAR)		
12	GASAS ESTERILES		
13	RECOLECTOR DE ORINA		
14	SUERO FISIOLOGICO (BOLSA)		
15	Aguja Vacutainer ADULTO		
16	Aguja Vacutainer PEDIATRICO		
17	RECOLECTOR DE COPROLOGICO		
18	SONDA VESICAL Foley 18		
19	SONDA VESICAL Foley 20		
20	SONDA VESICAL Foley 16		
21	CISTOFLO		

GRUPO 2. PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA Y TERAPIA FISICA

	Codigos CUPS	SERVICIO	OFRECE	NO OFRECE
1	89.0.2.11	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA - VALORACION		
2	89.0.4.12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA - VALORACION		
3	89.0.4.11	INTERCONSULTA POR SESION DE TERAPIA FISICA. 1 SESION		
4	89.0.4.12	INTERCONSULTA POR SESION TERAPIA RESPIRATORIA. 1 SESION		

5	93.1.0.01	TERAPIA FISICA INTEGRAL. 1 SESION		
6	93.9.4.03	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL. 1 SESION		

OTRAS CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITABLES DE CUMPLIMIENTO

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO GRUPO I	OFRECE	NO OFRECE
1	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de consulta externa en horarios comprendidos entre el lunes al sábado, así: de lunes a viernes entre las 07:00 a las 18:00 horas y los días sábados de 08:00 a 12:00 horas.		
2	El servicio deberá prestarse previa autorización del supervisor del contrato o con el facilitador del ESP Dagua previa (ODP), o de la manera en que la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA lo estime.		
3	El oferente deberá prestar sus servicios ofertados, en el municipio de DAGUA, Departamento del Valle del Cauca, donde se cuenta con un E.S.P, el cual es liderado por un Coordinador designado por la Jefatura de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA		
4	El contratista deberá contar con formato formula seriada para la prescripción de medicamentos ambulatorios		
5	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de DISPENSACION DE MEDICAMENTOS en horarios comprendidos entre el lunes a sábado, así: de lunes a viernes entre las 07:00 a las 18:00 horas y los días sábados de 08:00 a 12:00 horas.		
6	El servicio deberá prestarse previa autorización del supervisor del contrato o con el facilitador del ESP Dagua previa (ODP), o de la manera en que la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA lo estime.		
7	Dispensar medicamentos en denominación genérica		
8	Se requiere queel contratista ofrezca los servicios de laboratorio, citología cervical y electrocardiograma en horarios comprendidos entre 07:00 a 18:00 horas y los sabados de 08:00 a 12:00M		
9	**Capacidad operativa:** Se requiere que la entidad a contratar cuente con áreas físicas, capacidad de Instalaciones, equipos, logística, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que deban ser verificados, previamente por el comité técnico nombrado para evaluar el proceso		
10	Según corresponda, el oferente y futuro contratista deberá cumplir las obligaciones fijadas por los distribuidores y comercializadores en la **Resolución** número **0371 de 2009**, por la cual se establecen los elementos que deben ser considerados en los Planes de Gestión de Devolución de Productos Posconsumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos.4 mar. 2009 expedida por el Ministerio de Ambiente, o aquella norma que la modifique, adicione o sistituya, presentando la aprobación ante la autoridad ambiental competente del Sistema de Recolección Selectiva y Gestión Ambiental de Fármacos o Medicamentos Vencidos que posea o este participando y enviar a la respectiva unidad policial, los lineamientos y procedimientos para su participación como consumidores.		
11	**NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO** Con el fin de garantizar la excelente prestación del servicio se requiere personal Técnico, Profesional y/o Especializado encargado de prestar los servicios, el proponente deberá certificar que este personal cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia relacionado con el objeto del presente contrato; el personal deberá acreditar estudios, profesionales o especializados en instituciones de educación aprobadas en Colombia, en cada una de las áreas de la salud objeto del contrato a suscribir.		
12	**EXPERIENCIA EN TIEMPO DEL MERCADO** El Oferente deberá acreditar como mínimo un año de experiencia en el mercado y sus servicios deberán estar habilitados ante la Secretaria Departamental de Salud, de acuerdo a la Resolución 003100 de 2019		
13	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** El proponente deberá certificar que el personal vinculado y que desarrollará los diferentes procesos relacionados con el objeto del contrato, cuenta con el		

	conocimiento y experiencia en Colombia de mínimo un año en la práctica de los mismos.		
14	**EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO** Los oferentes deben cumplir las especificaciones técnicas establecidas**,** de acuerdo a lo estipulado en el presente estudio de conveniencia y oportunidad; con el fin, de garantizar la calidad en los servicios adquirir, se requiere que el oferente acredite experiencia durante los últimos tres años(2018, 2019 y/o 2020) en la prestación de servicios de salud de Baja y Mediana complejidad, La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del contrato a suscribir y a su valor; para lo cual presentará **hasta cuatro (04) certificaciones de contratos ejecutados** cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igua o supere el 50% del valor ofertado. Las certificaciones deben contener la siguiente información: • Objeto del contrato • No. Del contrato • Valor • Plazo • Fechas de inicio y finalización del contrato • Cumplimiento Nombre y NIT del contratante y del contratista		
15	**CRITERIOS AMBIENTALES** • Garantizar la disposición final de los residuos sólidos peligrosos y especiales (aceites usados, luminarias, RAEES, envases de sustancias químicas y de derivados de hidrocarburo, baterías y pilas, llantas, escombros entre otros relacionados con el **Titulo 6 Residuos Peligrosos del Decreto 1076 de 2015** expedido por el Gobierno Nacional, o norma que lo modifique, adiciones o sustituya, que se pudiera generar como resultados de la prestación de sus servicios (Presentar al supervisor del contrato, el certificado de disposición final a través de un gestor ambiental debidamente acreditado por la autoridad ambiental competente para la prestación de estos servicios)		
16	• Con el objeto de evitar escapes de sustancias nocivas que contaminen las personas y sus bienes, deterioren los suelos y el medio ambiente en general, el contratista deberá decepcionar, almacenar y efectuar la disposición final de destrucción, de acuerdo a la normativa ambiental vigente de los elementos eléctricos y electrónicos y sus accesorios que, con ocasión a los mantenimientos correctivos, hayan sido retirados y/o reemplazados después de cumplir un ciclo de vida útil. Por lo anterior, el proponente y posterior contratista deberá hacer entrega a la Policía nacional de la certificación acompañada del acopio documental soporte, que evidencie la destrucción de estos elementos, actividad que deberá ser realizada por una empresa certificada por la autoridad ambiental competente y dar cumplimiento a la **Ley 1672 del 19 de Julio del 2013** "*Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEES), y se dictan otras disposiciones",* o aquella norma que la modifique, adiciones o sustituya.		
17	• Deberá impartir, instrucciones, socializaciones y/o capacitaciones al personal bajo su cargo en temas ambientales, relacionados con sus aspectos e impactos ambientales estableciendo y presentando cronograma en temas tales como: ✓ Gestión integral de residuos sólidos y líquidos, con medidas que permitan disminuir la cantidad de residuos generados. ✓ Uso de elementos de protección personal ✓ Manejo de sustancias químicas ✓ Ahorro y uso eficiente de recursos (agua y energía) ✓ Normativa ambiental ✓ Saneamiento básico ✓ Gestión del riesgo que garantice el buen manejo de los riesgos asociados a su actividad productiva.		
18	• Presentar al supervisor del contrato, las hojas de seguridad de todos los productos e insumos utilizados, así como los reportes de socialización,		

	capacitación o entrenamiento de acuerdo al cronograma presentado al inicio de la ejecución del contrato.		
19	Presentar el Plan de Manejo Ambiental para la mitigación de los aspectos e impactos ambientales generados en sus actividades productivas, todos los programas documentados en mencionado Plan, deben contener el alcance, objetivos, responsables, descripción de actividades, cronograma e indicadores que serán del control de la empresa contratista.		
20	• Garantizar la presentación y disponibilidad de las hojas de seguridad de todas las sustancias químicas utilizadas para la limpieza y desinfección, de igual forma las especificaciones técnicas de cada producto y deberá dar amplia instrucción al personal bajo su cargo en el uso adecuado de los mismos y a la atención de los riesgos asociados a derrames de estos, conservando los registros de socialización o capacitación. Por otro lado, los recipientes que los contenga deberá tener su respectivo rotulo de identificación, indicando el grado de peligrosidad y compatibilidad para su almacenamiento. Presentar el certificado Registro de generadores de residuos o desechos peligrosos RESPEL, expedido por la autoridad ambiental competente, en el Departamento del valle del Cauca.		
21	• Informar si la empresa, consorcio o unión temporal presenta sanciones vigentes de acuerdo al Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo (http://vital.minambiente.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext), por lo cual, el oferente deberá anexar carta firmada por el representante legal de la misma, donde manifieste que la empresa no cuenta con sanciones vigentes por incumplimiento de la legislación ambiental colombiana.		

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES VERIFICABLES

Lineamientos para la implementación del SG-SST que se deben cumplir

ITEM	DESCRIPCIÓN	OFRECE	NO OFRECE
1	Presentar junto a la oferta el Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
2	Presentar junto a la oferta el Certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se acredite la no ocurrencia accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación, no obstante si no se cuenta con el documento al momento de la presentación de la oferta, se deberá anexar una constancia donde se indique que se encuentra en trámite; así mismo deberá anexar carta firmada por el Representante Legal y Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad donde certifiquen que no se han presentado sucesos mortales.		
3	Presentar junto a la oferta el Certificado de la ARL o SENA, que la persona responsable del diseño y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cursó y aprobó el curso de las 50 horas SG-SST y/o la actualización según la circular 063 del 2020.		
4	Presentar junto a la oferta la constancia donde se certifique que los integrantes de la empresa (en todos sus niéveles) tienen pleno conocimiento y especificación de los peligros/riesgos, así como los medios de control de los mismos, al momento de ejecutar el servicio en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.		
5	Presentar junto a la oferta la Matriz de identificación de peligros y riesgos con sus respectivas medidas preventivas, controles generales y específicos.		

GRUPO 2

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO DEL GRUPO II FISIOTERAPIA	OFRECE	NO OFRECE
1	Se requiere tener activos los centros de rehabilitación El horario será comprendido así: de lunes a viernes entre las 08:00 a las 18:00		
2	El servicio de rehabilitación deberá prestarse previa autorización del supervisor del contrato o con el facilitador del ESP Dagua previa (ODP), o de la manera en que la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA lo estime.		
3	La entidad deberá contemplar buenas prácticas ambientales, es decir sus procesos serán amigables con el medio ambiente.		
4	El oferente deberá prestar sus servicios ofertados, en el municipio de DAGUA, Departamento del Valle del Cauca, y en el corregimiento donde tengan las sedes donde se cuenta con un E.S.P, el cual es liderado por un Coordinador designado por la Jefatura de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.		
5	**Capacidad operativa:** Se requiere que la entidad a contratar cuente con áreas físicas, capacidad de Instalaciones, equipos, logística, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que deban ser verificados, previamente por el comité técnico nombrado para evaluar el proceso		
6	**NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO** Con el fin de garantizar la excelente prestación del servicio se requiere personal Técnico, Profesional y/o Especializado encargado de prestar los servicios, el proponente deberá certificar que este personal cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia relacionado con el objeto del presente contrato; el personal deberá acreditar estudios, profesionales o especializados en instituciones de educación aprobadas en Colombia, en cada una de las áreas de la salud objeto del contrato a suscribir.		
7	**EXPERIENCIA EN TIEMPO DEL MERCADO** El Oferente deberá acreditar como mínimo un año de experiencia en el mercado y sus servicios deberán estar habilitados ante la Secretaria Departamental de Salud, de acuerdo a la Resolución 003100 de 2019		
8	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** El proponente deberá certificar que el personal vinculado y que desarrollará los diferentes procesos relacionados con el objeto del contrato, cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia de mínimo un año en la práctica de los mismos.		
9	**EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO** Los oferentes deben cumplir las especificaciones técnicas establecidas**,** de acuerdo a lo estipulado en el presente estudio de conveniencia y oportunidad; con el fin, de garantizar la calidad en los servicios adquirir, se requiere que el oferente acredite experiencia durante los últimos tres años(2018, 2019 y/o 2020) en la prestación de servicios de salud de Baja y Mediana complejidad, La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del contrato a suscribir y a su valor; para lo cual presentará **hasta cuatro (04) certificaciones de contratos ejecutados** cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igua o supere el 50% del valor ofertado. Las certificaciones deben contener la siguiente información: • Objeto del contrato • No. Del contrato • Valor • Plazo • Fechas de inicio y finalización del contrato • Cumplimiento Nombre y NIT del contratante y del contratista		

OTRAS ESPECIFICACIONES TECNICAS

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	OFRECE	NO OFRECE
1	**Presentar junto a la oferta el Certificado del Registro Especial Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social** (**certificado de Habilitación**). El Comité Técnico de Evaluación de Propuestas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, podrá programar la respectiva Visita de Verificación y rendirá su informe por medio de Acta en donde se conste la Identificación de la IPS, los Verificadores, los Hallazgos y el Concepto.		
2	Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el acuerdo No. 002 del 2001 por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial.		
3	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato de acuerdo a lo informado en el portafolio de servicios y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales hacen parte integral del presente documento.		
4	Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo 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, la moral y las buenas costumbres.		
5	**El CONTRATISTA** debe permitir el acceso a los Auditores de la Policía Nacional, así mismo permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante verificaciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato.		
6	Atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por el médico del Grupo Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, previa presentación de la orden médica y el documento de identificación DEBIDAMENTE ACTUALIZADOS, CASO CONTRARIO SE GLOSARÁ LA CUENTA.		
7	La entidad debe verificar que la orden de servicio este diligenciada en su totalidad con nombre del usuario, documento de identificación, diagnóstico, servicio solicitado.		
8	**El CONTRATISTA** se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Cinco (05) días del mes siguiente en la Oficina Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, acompañada de la siguiente información en formato Excel y en medio magnético la relación de procedimientos, así: Fecha de prestación del servicio. Relación de los pacientes atendidos con número de identificación. Procedimientos realizados de acuerdo al objeto del contrato. Precio Presentar Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes, así como todos los documentos que soporten los eventos facturados en la misma, acompañadas de la fotocopia del documento de identidad del usuario y carné. Fotocopia de los soportes de la prestación de cada uno de los servicios facturados.		
9	**El CONTRATISTA** dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4		
10	Formular sin excepción en moléculas genéricas y ajustadas al Manual de medicamentos y terapéutica para el SSMP (Acuerdo 052 de 2013). Si se requiere un medicamento adicional, debe diligenciarse y solicitarse autorización escrita al comité de medicamentos, en formato institucional, anexando resumen de historia clínica especificando medicamentos utilizados previamente y bibliografía basada en la evidencia.		
11	**El CONTRATISTA** designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presentan relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato. **Diligenciar la siguiente información y anexarla a la oferta:** **Nombre, Teléfonos y Correo electrónico:**		
12	Informar al supervisor del contrato cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un 70%, 80 , 90 y 100% una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato.		
13	**EL CONTRATISTA** debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato.		
14	Brindar la atención a los pacientes que requieran del servicio solicitado, garantizando una atención con apego a los principios de calidad, calidez, humanismo y en todo caso con las competencias requeridas		
15	**El CONTRATISTA** debe responder por la prestación de los servicios objeto del presente contrato y en el caso de que en un momento dado no pueda prestar alguno de ellos, deberá informar a la Jefatura de Sanidad, pero garantizará la prestación del servicio a los usuarios.		
16	Debe realizar los trámites para la legalización del contrato dentro de los tres (03) días hábiles siguientes contados a partir de la firma del Contrato.		

17	Atender el objeto contractual respetando la normatividad laboral vigente y cumpliendo en su totalidad con las exigencias del SGSS		
18	Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Ley 828 de julio 10 de 2003 y de la Ley 100 de 1993; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal, conforme a las normas pertinentes estuviera obligado.		
19	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.		
20	**El CONTRATISTA** debe implementar y mantener activo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cumplimiento de lo definido en el Decreto 1011 de 2006.		
21	En el momento de adjudicar el presente proceso el contratista deberá presentar las guías de manejo, actualizadas, para las patologías del Aparato digestivo en la población adulta e infantil, lo cual servirá de soporte para el proceso de referencia durante la ejecución del contrato.		
22	**El CONTRATISTA** presentara la totalidad de las facturas de los servicios realizados en el mes vencido, lo anterior para llevar una ejecución del contrato más efectiva.		
23	**TODA ORDEN MEDICA QUE SEA REMITIDA POR LA IPS CONTRATADA CON DESTINO PARA LA OFICINA DE GRUPO INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 DEBERÁ SER DILIGENCIADA ADECUADAMENTE CON EL INGRESO DE LOS CÓDIGOS CUPS – SANIDAD POLICIA (ACUERDO 002/2001) EN CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE INTEROPERABILIDAD Y ESTANDARIZACIÓN DE DATOS UTILIZANDO PARA TAL EFECTO.**		
24	El contratista debe realizar la asignación de citas para procedimientos vía telefónica o presencial. Cuando se realice por vía telefónica, si el procedimiento requiere preparación, esta debe ser enviada al Usuario al correo electrónico.		
25	Designar un coordinador médico quien cumplirá las funciones de interlocutor entre el contratista y los médicos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, para resolver las inquietudes médicas que se presenten. Diligenciar la siguiente información anexa a la oferta: **Nombre, Teléfonos y Correo electrónico.**		
26	**El CONTRATISTA** mediante documento escrito, anexo a la oferta, dirigido a la Regional de Aseguramiento en Salud No.4 informara que cuenta con los protocolos de (GAMMAGRAFIA) para la realización de todos los servicios o estudios ofertados y estos estarán dispuestos para cualquier verificación.		
27	Realizar contrarreferencia de los usuarios una vez se haya atendido con el plan de tratamiento y metas terapéuticas a medicina general y/o medicina especializada de la red propia, teniendo en cuenta que la DISAN – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 cuenta con el personal idóneo en la baja y mediana complejidad para seguimiento de las indicaciones del especialista tratante		
28	Si dentro del proceso de atención el médico especialista de la IPS contratada, observa que el servicio se encuentra fuera del Plan de Beneficios de la Policía Nacional, en la misma consulta se realizara el diligenciamiento del formato CTC, el cual se debe radicar en la ventanilla de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.		
29	**El CONTRATISTA** deberá presentar junto a la oferta, el portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud de la Secretaria de Salud del Departamento de Valle del Cauca, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: El oferente debe presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994. Requisitos para la atención de servicio □ Horarios de Atención □ Modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial, correo electrónico) □ Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos □ Entrega de resultados □ Entrega de copia de servicios prestados (incluye epicrisis o formato de contrarreferencia) □ Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias. □ Debe presentar el modelo de atención en salud junto con la propuesta		
30	Para los procedimientos que no incluyen insumos especiales, materiales o equipos especiales se acepta una intermediación máxima del 12% y siempre se debe tener el aval de referencia y contra referencia de Sanidad Policía, para dicho aval se debe enviar mínimo 2 cotizaciones o informar a referencia la exclusividad del insumo o material, para su aval.		

31	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los Pacientes (Resolución 1995 de 1999).		
32	El **CONTRATISTA** mediante documento escrito informara el cumplimiento de lo establecido en la Directiva Administrativa Permanente No. 001 del de 2019 **"DIRECTRICES PARA LA EXPEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS EXCUSAS DEL SERVICIO POR INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA POR MATERNIDAD Y PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO".**		
33	El Contratista se compromete a presentar junto con las facturas, información estadística mensual en un archivo plano el cual debe venir en medio magnético e impreso (RIPS) de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud, Decreto 3844/00 y las demás normas que lo adicionen. De igual manera deberá suministrar informes parciales cuando le sean requeridos, que contenga la siguiente información: Número del consecutivo, Apellidos y Nombres, Numero de Identificación, Edad del Usuario, fecha del Servicio, Diagnóstico con CIE 10, código del procedimiento, Nombre del Procedimiento o estudio realizado, valor del procedimiento, nombre del médico solicitante, cedula del médico solicitante y servicio solicitante. Esta debe entregarse los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes o cuando se soliciten cortes parciales. El presente informe hace parte integral de los soportes de la factura.		
34	El Contratista permitirá el acceso al personal de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, a estadística, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesarias la verificación y revisión de los servicios prestados según lo establecido en la resolución No 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.		
35	El Contratista se compromete a cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad (decreto 1011 del 2006- Resolución 3100 del 2019), los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto en el orden nacional como territorial.		
36	**CRITERIOS AMBIENTALES** • Garantizar la disposición final de los residuos sólidos peligrosos y especiales (aceites usados, luminarias, RAEES, envases de sustancias químicas y de derivados de hidrocarburo, baterías y pilas, llantas, escombros entre otros relacionados con el **Titulo 6 Residuos Peligrosos del Decreto 1076 de 2015** expedido por el Gobierno Nacional, o norma que lo modifique, adiciones o sustituya, que se pudiera generar como resultados de la prestación de sus servicios (Presentar al supervisor del contrato, el certificado de disposición final a través de un gestor ambiental debidamente acreditado por la autoridad ambiental competente para la prestación de estos servicios)		
37	• Con el objeto de evitar escapes de sustancias nocivas que contaminen las personas y sus bienes, deterioren los suelos y el medio ambiente en general, el contratista deberá decepcionar, almacenar y efectuar la disposición final de destrucción, de acuerdo a la normativa ambiental vigente de los elementos eléctricos y electrónicos y sus accesorios que, con ocasión a los mantenimientos correctivos, hayan sido retirados y/o reemplazados después de cumplir un ciclo de vida útil. Por lo anterior, el proponente y posterior contratista deberá hacer entrega a la Policía nacional de la certificación acompañada del acopio documental soporte, que evidencie la destrucción de estos elementos, actividad que deberá ser realizada por una empresa certificada por la autoridad ambiental competente y dar cumplimiento a la **Ley 1672 del 19 de Julio del 2013** "*Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEES), y se dictan otras disposiciones",* o aquella norma que la modifique, adiciones o sustituya.		
38	• Deberá impartir, instrucciones, socializaciones y/o capacitaciones al personal bajo su cargo en temas ambientales, relacionados con sus aspectos e impactos ambientales estableciendo y presentando cronograma en temas tales como: ✓ Gestión integral de residuos sólidos y líquidos, con medidas que permitan disminuir la cantidad de residuos generados. ✓ Uso de elementos de protección personal ✓ Manejo de sustancias químicas ✓ Ahorro y uso eficiente de recursos (agua y energía) ✓ Normativa ambiental ✓ Saneamiento básico ✓ Gestión del riesgo que garantice el buen manejo de los riesgos asociados a su actividad productiva.		
39	• Presentar al supervisor del contrato, las hojas de seguridad de todos los productos e insumos utilizados, así como los reportes de socialización, capacitación o entrenamiento de acuerdo al cronograma presentado al inicio de la ejecución del contrato.		
40	Presentar el Plan de Manejo Ambiental para la mitigación de los aspectos e impactos ambientales generados en sus actividades productivas, todos los programas		

	documentados en mencionado Plan, deben contener el alcance, objetivos, responsables, descripción de actividades, cronograma e indicadores que serán del control de la empresa contratista.		
41	• Garantizar la presentación y disponibilidad de las hojas de seguridad de todas las sustancias químicas utilizadas para la limpieza y desinfección, de igual forma las especificaciones técnicas de cada producto y deberá dar amplia instrucción al personal bajo su cargo en el uso adecuado de los mismos y a la atención de los riesgos asociados a derrames de estos, conservando los registros de socialización o capacitación. Por otro lado, los recipientes que los contenga deberá tener su respectivo rotulo de identificación, indicando el grado de peligrosidad y compatibilidad para su almacenamiento. Presentar el certificado Registro de generadores de residuos o desechos peligrosos RESPEL, expedido por la autoridad ambiental competente, en el Departamento del valle del Cauca.		
42	• Informar si la empresa, consorcio o unión temporal presenta sanciones vigentes de acuerdo al Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo (http://vital.minambiente.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext), por lo cual, el oferente deberá anexar carta firmada por el representante legal de la misma, donde manifieste que la empresa no cuenta con sanciones vigentes por incumplimiento de la legislación ambiental colombiana.		

	OBLIGACIONES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**OFRECE**	**NO OFRECE**
1	Presentar junto a la oferta el Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración “Aceptable” (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
2	Presentar junto a la oferta el Certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se acredite la no ocurrencia accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación, no obstante si no se cuenta con el documento al momento de la presentación de la oferta, se deberá anexar una constancia donde se indique que se encuentra en trámite; así mismo deberá anexar carta firmada por el Representante Legal y Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad donde certifiquen que no se han presentado sucesos mortales.		
3	Presentar junto a la oferta el Certificado de la ARL o SENA, que la persona responsable del diseño y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cursó y aprobó el curso de las 50 horas SG-SST.		
4	Presentar junto a la oferta la constancia donde se certifique que los integrantes de la empresa (en todos sus niéveles) tienen pleno conocimiento y especificación de los peligros/riesgos, así como los medios de control de los mismos, al momento de ejecutar el servicio en la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca.		
5	Presentar junto a la oferta la Matriz de identificación de peligros y riesgos con sus respectivas medidas preventivas, controles generales y específicos.		

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma Representante Legal: _____

C.C. N°: _____

ANEXO No. 2

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

En la definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberán efectuarse dentro de los términos definidos en la Parte 2 – Titulo 1 – Capitulo 1 – Sección 1 – Subsección 6 del Decreto 1082 de 2015.

ETAPA PRECONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y DOS MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TÉRMINOS DE LA CLAUSULA PENOL PECUNIARIA.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
2 UNICA	RIESGO OPERATIVO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA - CONTRACTUAL	200 SMMLV	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA O SUS SUBCONTRATISTA. LA PÓLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO, EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL DECRETO 1082 de 26 de Mayo de 2015

CLAUSULAS SANCIONATORIAS:

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURIDICO	LA NO CONSTITUCION DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ(10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARÁ POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARÁ DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERONLUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA , SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN

No.	clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación total	Prioridad	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				¿Afecta el equilibrio	Persona responsable por
													Probabilidad	Impacto	Valoración del	Categoría		
1	Especifico	Externo	Selección	Ambientales	ncumplimiento normativo frente al manejo ambiental	Procesos judiciales y Sanciones por la autoridad competente	2	3	5	Riesgo bajo	Oferente	Contar con programa de gestión ambienta	2	3	5	Riesgo bajo	Si	contratista

4	3	2
Especifico	Especifico	Especifico
Interno	Externo	Externo
Selección	Selección	Selección
Financiero	Económico	De la naturaleza
Financiación del proceso	Diferencia marcada en precios en las ofertas.	Son los derivados de los fenómenos naturales que puedan afectar la adecuada Ejecución del contrato
• No contar con el certificado de disponibilidad presupuestal para apalancar financieramente el proceso	Riesgo al seleccionar la oferta más económica en garantía, calidad y tiempo de respuesta en los requerimientos de servicios asistenciales. Afectación a presupuesto estimado en plan anual de adquisiciones.	Incumplimientos y dilaciones en la ejecución del proceso
2	2	2
3	3	3
5	5	5
Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo bajo
Contratante	Oferentes	Oferente
Incluir el requerimiento en el plan de necesidades y establecer su certificación como requisito para iniciar el estudio	Realizar sondeos en precios de mercado con las firmas de mayor prestigio del sector.	Establecer planes de contingencia frente a este tipo de situaciones
2	2	2
3	3	3
5	5	5
Riesgo bajo	Riesgo Bajo	Riesgo bajo
Si	Si	Si
Dueño del proceso	Supervisor	contratista

7	6	5
General	General	General
Externo	Externo	Externo
Contratación	Contratación	Contratación
Sociales o Políticos	regulatorio	Operacional
Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios en las condiciones sociales que [illegible]	Derivados de cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato.	Que el contratista no reúna la documentación exigida a tiempo para la firma del contrato oportunamente.
• Dificultades en la ejecución del contrato por alteraciones del orden publico	• Demora en la prestación del servicio. • Afectación a la prestación del servicio.	Retraso en la legalización del contrato. *desgaste administrativo *Retraso en la ejecución del recurso presupuestal *generación de la demanda insatisfecha
2	4	3
3	3	3
5	7	6
Riesgo Medio Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Bajo
Contratista	Contratista	Contratista
Colectar información sobre situaciones anómalas a nivel de la comunidad	Determinar causas del siniestro, asignar responsabilidades,. Informar a la compañía aseguradora. Hacer efectiva póliza de riesgos.	Realizar contacto lo más pronto posible solicitando al contratista que justifique la tardanza en la firma del contrato *Informar a la compañía aseguradora *Hacer efectiva la póliza de seriedad de la oferta
2	4	1
3	3	2
5	7	3
Riesgo bajo	Riesgo Medio	Riesgo bajo
Si	Si	Si
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA	Contratos. Jurídica	*Contratos *Jurídica

Tabla de estimación de riesgos previsibles CONPES 3714 de 2011*

*La metodología de estimación de los riesgos que se ilustre a continuación es una propuesta que realizó la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público ; sin embargo, esta Dirección no asume responsabilidad alguna en la estimación de los riesgos, la cual es una obligación legal que cada entidad tiene a su cargo de conformidad con el Artículo 4° de la Ley 1150 de 2007.

Número de riesgos a estimar	7
Valor del contrato	$ 28.000.000,00
Total estimación del riesgo	$ 4.153.060,65

Riesgo General	Observaciones	Probabilidad	Impacto	Estimación	Participación
Ambientales	Incumplimiento normativo frente al manejo ambiental	Bajo	Medio-Bajo	$ 410.202,33	9,88%
De la naturaleza	Son los derivados de los fenómenos naturales que puedan afectar la adecuada Ejecución del contrato Ejecución del contrato	Bajo	Medio-Bajo	$ 410.202,33	9,88%
Económico	Diferencia marcada en precios en las ofertas.	Bajo	Medio-Bajo	$ 410.202,33	9,88%
Financiero	Financiación del proceso	Bajo	Medio-Bajo	$ 410.202,33	9,88%
Operacionales	Que el contratista no reúna la documentación exigida a tiempo para la firma del contrato oportunamente.	Medio-Bajo	Medio-Bajo	$ 745.862,50	17,96%
Regulatorio	Derivados de cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato.	Medio-Alto	Medio-Bajo	$ 1.356.186,50	32,66%
Sociales o Políticos	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios en las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato	Bajo	Medio-Bajo	$ 410.202,33	9,88%

ANEXO 3
VALORES TECHO DE REFERENCIA PARA LA PROPUESTA ECONOMICA

GRUPOS	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE (%) UNICO DE DESCUENTO OFRECIDO SOBRE LA TARIFA TECHO ESTIMADA
Grupo 1	Prestación de Servicios de consulta médico general Nivel I Toma y estudio de exámenes de Laboratorio Clínico Especializado Dispensación de Medicamentos ambulatorios contemplados en el Vademécum PONAL	**----------%**
Grupo 2	Prestación de servicios de consulta y terapia física	**----------%**

Concepto	Criterio de evaluación / Precio techo	Porcentaje de descuento a ofertar, IVA Incluido
Medicamentos e Insumos	Promedio de mercado más 12% del valor de adquisición como precio techo.	**____%**

Nota 1: Este numeral no aplicará para los medicamentos regulados por el sistema general de seguridad social en salud.

Nota 2: Los oferentes deben presentar listado de los medicamentos y/o medios de contraste con la tarifa a la cual se va a ofertar (sin que esta sea la tarifa definitiva a pagar si se observara mayores valores cobrados con respecto al referente) y se realizará comparativo con los precios de los medicamentos y/o medios de contraste que oferta el mercado en general, para aceptación o no de los mismos lo que será facultativo de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, para objeto de verificación por parte de auditoría de cuentas médicas una vez sea adjudicado este proceso.

Nota 3: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en el pliego de condiciones, incluyendo sus anexos, formatos y formularios, en especial la forma de pago, plazo de ejecución del contrato, lugar de entrega y las establecidas en las obligaciones del contratista.

Nota 4: El porcentaje de descuento a ofertar es único y aplica para la totalidad de ítems

Nota 5: En caso de no otorgar porcentaje único descuento o que el descuento sea equivalente al 0%, se entenderá que su oferta económica se ajusta a los precios techos unitarios establecidos en el cuadro de oferta económica.

Nota 6: Si existen servicios diferentes a los relacionados en el presente formato y que la entidad ofrezca en su portafolio favor relacionarlos en un anexo aparte, lo cual no obliga a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4. a adjudicar dichos servicios, pero llegado el caso que se requieran, se puedan llegar a contratar previa autorización de la ordenadora del gasto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4.

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

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

Este anexo es de carácter informativo y no debe ser modificado ni diligenciado por los oferentes.

ITEM	Codigos CUPS Resolucion 3495/2019	Codigos Tarifario Soat 2022	Servicio	VALOR ESTIMADO
	Grupo 1 Consulta Externa			
1	89 0 2 01	39141	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	$ 24.000
2	89 0 3 01	39141	CONSULTA CONTROL POR MEDICINA GENERAL	$ 24.000
3	89 0 2 01	39141	TELECONSULTA POR MEDICINA GENERAL	$ 24.000
4	89 0 2 05	29116	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	$ 15.420
5	89 0 3 05	40121	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	$ 14.580
6	89 0 2 08	35110	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	$ 17.400
7	89 0 3 08	35110	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	$ 17.400
8	94 3 1 02	35104	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	$ 14.820
9	94 4 0 02	35108	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	$ 19.620
10	89 0 2 03	36101	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL Incluye:ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACION DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLOGICA, PRESCRIPCION FARMACOLOGICA, ELABORACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO , REMISION AL ESPECIALISTA Excluye:PROCEDIMIENTOS QUIRURG	$ 16.380
11	89 0 3 03	36101	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	$ 16.380
12	89 0 7 03	36102	CONSULTA DE URGENCIAS (para solucion de problemas agudos dolorosos)	$ 17.820
13	23 0 1 02	36602	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	$ 17.820
14	23 0 2 01	36804	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 8.580

15	23 2 1 01	36201	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	$ 16.800
16	232101-1	36202	obturacion de superficie adicional en amalgama	$ 8.580
17	23 2 1 02	36203	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	$ 28.980
18	23 2 1 03	36205	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	$ 21.420
19	23 7 3 05	36803	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 28.200
20	87 0 4 51	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	$ 7.380
21	87 0 4 52	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	$ 7.380
22	87 0 4 53	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	$ 7.380
23	87 0 4 54	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	$ 7.380
24	99 7 1 06	36904	Topicacion de Fluor en Barniz	$ 16.380
25	99 7 3 10	36901	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	$ 11.220
26	99 7 1 05	36806	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	$ 8.580
27	99 7 3 01	36303	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	$ 66.600
28	89 6 1 00		AFINAMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL (MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL) cada toma	$ 8.000
29	99 0 2 11	39360	ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA	$ 7.380
30	99 0 2 11	39360	ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR	$ 7.380
31	M39319		CAMBIO APÓSITO O PROTECTOR OCULAR	$ 3.000
32	99 0 2 11	39360	CONSEJERIA PRE Y POST TEST DE VIH EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	$ 7.380
33	86 9 5 00	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	$ 36.000
34	96 5 2 02	27116	CURACIÓN DE OIDO	$ 27.000
35	38 9 4 00	37502	DISECCION VENOSA SOD	$ 38.220
36	86 1 1 01	37404	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	$ 43.620
37	99 0 2 11	39360	EVALUACIÓN Y EXAMEN DE SENO	$ 7.380
38	57 9 4 01	23116	INSERCIÓN DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	$ 20.820

39	69 7 1 01	37108	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	$ 38.400
40	96 5 2 01	27115	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD	$ 16.800
41	95 0 6 01	39360	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	$ 7.380
42	93 9 4 02	27111	NEBULIZACION (Tarifa por cada una)	$ 10.020
43	86 2 7 01	15200	ONICECTOMÍA	$ 45.600
44	57 9 5 01	23116	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	$ 20.820
45	89 3 8 12	24126	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	$ 24.000
46	86 9 4 00		RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	$ 25.000
47	S22104		SALA BÁSICA DE PROCEDIMIENTOS	$ 15.000
48	S22101	39202	SALA DE CURACIONES	$ 14.220
49	90 3 1 05	19006	ACIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 42.600
50	90 5 2 01	19019	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 42.000
51	90 3801	19017	ACIDO URICO	$ 11.220
52	90 3 8 06	19062	AMILASA EN ORINA DE 24 H	$ 13.020
53	90 2 0 04	19079	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LÚPICO]	$ 42.420
54	90 6 6 10	19140	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA [PSA]	$ 103.620
55	90 6 3 04	19867	ANTÍGENOS FEBRILES [VIDAL O WEIL FELIX]	$ 27.000
56	90 7 0 01	19153	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 7.380
57	90 3 8 09	19170	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 16.020
58	90 3 8 11		CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRÍA	$ 20.000
59	90 3 8 73		CALCIO EN ORINA ESPONTANEA	$ 20.000
60	90 6 8 02	19187	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 22.980
61	90 6 2 05	19207	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig G [CMV-G] POR EIA	$ 44.400
62	90 6 2 06	19211	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA	$ 44.400
63	90 3 8 13	19224	CLORO [CLORURO]	$ 7.620
64	90 3 8 14	19224	CLORUROS EN ORINA 24 horas	$ 7.620
65	90 3 8 15	19237	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	$ 16.800
66	90 3 8 16	19241	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO	$ 19.800
67	90 3 8 18	19242	COLESTEROL TOTAL	$ 20.400

68	90 3 4 20	19247	COLINESTERASA SERICA	$ 24.180
69	90 1 1 07	19497	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 8.580
70	90 1 1 01	19157	COLORACIÓN PARA ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA	$ 10.620
71	90 2 2 01	19260	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO	$ 12.420
72	90 1 2 06	19266	COPROCULTIVO	$ 52.980
73	90 7 0 02	19267	COPROLÓGICO	$ 6.600
74	90 7 0 04	19273	COPROSCÓPICO Incluye:pH, SANGRE OCULTA, AZÚCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARÁSITOS	$ 25.980
75	90 3 8 23	19289	CREATININA DEPURACIÓN	$ 15.420
76	90 3 8 24	19290	CREATININA EN ORINA DE 24 H	$ 9.600
77	90 3 8 22	19280	CREATININA EN ORINA ESPONTANEA **Creatinuria espontanea**	$ 57.000
78	90 3 8 25	19290	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	$ 9.600
79	90 1 2 13	19309	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 23.580
80	90 1 2 30	19313	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 48.000
81	90 1 2 17	19316	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	$ 39.180
82	90 6 2 07		Dengue, ANTICUERPOS Ig G	$ 35.000
83	90 6 2 08		Dengue, ANTICUERPOS Ig M	$ 35.000
84	90 6 2 09		Dengue, ANTICUERPOS TOTALES	$ 40.000
85	90 3 8 28	19332	DESHIDROGENASA LÁCTICA [LDH]	$ 11.820
86	90 2 2 05	19977	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$ 3.780
87	90 2 2 04	19977	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 3.780

88	90 1 3 04	19875	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECIÓN NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	$ 35.580
89	90 1 3 05	19582	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	$ 9.600
90	90 2 2 06	19731	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA, ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	$ 6.000
91	90 6 9 11	19395	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LÁTEX	$ 10.980
92	90 3 8 30	19448	FOSFATASA ACIDA	$ 14.220
93	90 3 8 33	19454	FOSFATASA ALCALINA	$ 12.180
94	90 3 8 35	19465	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS]	$ 13.380
95	A32013B		Hisopado Nasofaringeo para COVID-19	$ 160.000
96	90 3 8 36	19465	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H	$ 13.380
97	90 3 8 41	19490	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 10.020
98	90 3 8 42	19495	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye:CARGA DE GLUCOSA	$ 25.380
99	90 3 8 43	19493	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 25.380
100	90 3 8 44	19323	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA (POR MUESTRA) (115)	$ 46.020
101	90 3 8 45	19493	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN	$ 25.380
102	90 4 5 08	19353	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 32.400
103	90 6 6 25	19165	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG]	$ 36.600
104	90 2 2 11	19505	HEMATOCRITO	$ 3.000
105	90 2 2 12	19509	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO Y FACTOR Rh	$ 21.180
106	91 1 0 18	19510	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR EN TUBO	$ 8.820
107	90 2 2 13	19517	HEMOGLOBINA	$ 6.180

108	90 3 4 26	19522	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES	$ 36.600
109	90 2 2 10	19304	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS,INDICES ERITROCITARIOS,LEUCOGRAMA,RECUENTO DE	$ 16.620
			PLAQUETAS,INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA]	
			METODO AUTOMATICO	
110	90 2 2 14	19534	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 8.580
111	90 6 2 19	19540	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.180
112	90 6 2 18	19541	HEPATITIS A Acs IgM (HVAM) EIA	$ 58.980
113	90 6 2 20	19545	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs)Inmunocromatografia	$ 72.180
114	90 6 2 21	19542	HEPATITIS B A cs c TOTALES (anti -HBc) EIA	$ 57.420
115	90 6 2 22	19546	HEPATITIS B Acs e (anti HBe) EIA	$ 72.180
116	90 6 2 23	19547	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs) Inmunocromatografia	$ 72.180
117	90 6 3 18	19552	HEPATITIS B ANTIGENO e(Ag HBe) EIA	$ 72.180
118	90 6 3 17	19551	Hepatitis B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBS]	$ 72.180
119	90 6 2 25	19559	HEPATITIS C Acs HVC Inmunocromatografia	$ 81.180
120	90 4 9 02	19911	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	$ 52.620
121	90 4 1 05	19447	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE [FSH]	$ 61.020
122	90 4 1 07	19694	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]	$ 69.780
123	90 3 8 55	19698	MAGNESIO EN ORINA DE 24H	$ 15.420
124	90 3 8 54	19698	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 15.420
125	90 3 0 26	19722	MICROALBUMINURIA POR EIA	$ 30.420
126	90 3 0 28	19722	MICROALBUMINURIA POR RIA	$ 30.420
127	90 3 8 56	19749	NITROGENO UREICO BUN	$ 7.980

128	90 3 8 59	19792	POTASIO	$ 23.820
129	90 4 5 10	19798	PROGESTERONA	$ 56.220
130	90 4 1 08	19802	PROLACTINA [BASAL]	$ 54.180
131	90 6 9 14	19809	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 10.020
132	90 2 2 17	19466	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	$ 10.620
133	90 6 0 39	19885	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA (Prueba Rapida RPS)	$ 66.180
134	90 2 2 20	19780	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 6.780
135	90 2 2 21	19780	RECUENTO DE PLAQUETAS, METODO MANUAL	$ 6.780
136	90 6 2 41	19857	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 55.200
137	90 6 2 43	19861	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 58.020
138	90 7 0 09		SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA	$ 30.000
139	90 7 0 08	19868	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 4.980
140	90 6 9 16	19886	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR &	$ 10.620
141	90 3 8 64	19891	SODIO	$ 19.620
142	90 3 8 65	19891	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 19.620
143	90 4 6 01	19905	TESTOSTERONA LIBRE	$ 57.420
144	90 4 6 02	19907	TESTOSTERONA TOTAL	$ 52.620
145	90 2 0 45	19827	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	$ 24.180
146	90 2 0 49	19958	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	$ 23.580
147	90 4 9 21	19917	TIROXINA LIBRE T4L	$ 40.020
148	90 4 9 22	19916	TIROXINA TOTAL [T4]	$ 39.420
149	90 6 1 27	19928	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR EIA	$ 61.020
150	90 6 1 28	19928	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR IFI	$ 61.020

151	90 6 1 29	19929	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR EIA	$ 61.020
152	90 3 8 67	19933	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	$ 17.400
153	90 3 8 66	19934	TRANSAMINASA GLUTÁMICOPIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]	$ 17.400
154	90 3 8 68	19940	TRIGLICÉRIDOS	$ 11.220
155	90 4 9 24	19948	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]	$ 39.180
156	90 4 9 25	19948	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]	$ 39.180
157	90 7 1 07	19775	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	$ 10.620
158	90 1 2 36	19966	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO] (112)	$ 43.800
159	90 6 2 47	19976	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G	$ 31.620
160	90 6 2 48	19976	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig M	$ 31.620
161	90 6 2 49	19878	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS &	$ 57.420
162	89 5 1 00	25102	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO (CON UNA A TRES DERIVACIONES)	$ 32.820
163	89 2 9 01		TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	$ 7.000
164	89 8 0 01	20302	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL	$ 19.200
165	S31309		Domicilio entrega de Medicamentos según Resolucion 521/2020	$ 15.000
166	90 8 7 11		Domicilio Toma de Muestras de Laboratorio Clinico	$ 40.000

MEDICAMENTOS

ITEM	Medicamento	Concentracion	Presentacion	Valor estimado
1	ACICLOVIR 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 330
2	ACICLOVIR DE 800 MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	800mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 719

3	ACICLOVIR UNGÜENTO AL (TOPICA)	0,05	UNG.	$ 2.921
4	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 64
5	ACIDO ASCORBICO FCO GOT.	100 mg / ml	GOT.	$ 2.607
6	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓNAMP Ó BOL5 ML	5 ml	AMP/VIAL	$ 941
7	ALBENDAZOL 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 321
8	ALBENDAZOL	400mg/20ml	SUSP.	$ 800
9	ALENDRONATO SODICO TAB/CAP/GRAG/COMP	70mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 228
10	ALFAMETILDOPA 250 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	250 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 315
11	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 300MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 408
12	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100MG	100 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 120
13	ALUMINIO ACETATO		LOC.	$ 3.240
14	ALUMINIO+MAGNESIO HIDROXIDO SUSP 200+200 MG	500mg/5ml	SUSP.	$ 5.907
15	AMANTADINA 100MG TAB/CAP/GRAG/COMP	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 1.226
16	AMITRIPTILINA HCL 25MG TAB/CAP/GRAG/COMP	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 77
17	AMLODIPINO 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 64
18	AMLODIPINO 10MG TAB/CAP/GRAG/COMP	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 64
19	AMOXICILINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 282
20	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 100 ML	250mg/100ml	SUSP.	$ 3.849
21	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 60 ML	250mg/60ml	SUSP.	$ 2.450
22	AMOXICILINA+ACIDO CLAVULANICO-CAP (500+125)MG	500+125mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 1.518
23	AMPICILINA ANHIDRA Ó TRIHIDRATOFCO 250MG/5ML	250 mg / 5 ml	FCO	$ 2.055
24	AMPICILINA 500 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 271
25	ASCORBICO ACIDO 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 221
26	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 102
27	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 244

28	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 86
29	AZATIOPRINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	50 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 941
30	AZITROMICINA 500-600MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500-600mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 899
31	AZITROMICINA SUSPENSION X 200 MG/5 ML	200mg	SUSP.	$ 5.000
32	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 MCG AEROSOL ORAL	250MVG	AER.	$ 7.508
33	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL NASAL 50 MCG	50mcg	AER.	$ 11.418
34	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL ORAL 50MCG	50mcg	AER.	$ 9.879
35	BENCILO BENZOATOFCO 0.25	0,25	FCO	$ 5.577
36	BETAME.0.4%+CLOTRIMA.1.0%+NEOMI.0.5% TUBO X	20mg	CRE.	$ 4.703
37	BETAMETASONA 4MG/ML	4mg/ml	AMP/VIAL	$ 637
38	BETAMETASONA 0.0005 CREMA	0,0005	CRE.	$ 1.807
39	BETAMETILDIGOXINA 0.1MG TAB/CAP/GRAG/COMP	0.1mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 460
40	BIPERIDENO TABLETAS 2 MG	2mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 257
41	BISACODILO TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG	5 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 45
42	BROMOCRIPTINA TABLETAS 2.5 MG	2.5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 825
43	CALAMINA LOCION 8%	8%	LOC.	$ 3.020
44	CALCIO CARBONATO TABLETAS 600MG	(500-1000)mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 141
45	CALCIO CARBONATO+VITAMINA D TABLETAS (500-600MG +	500+600mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 154
46	CALCITRIOL 0.25 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP	0.25 mcg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 163
47	CALCITRIOL 0.50 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP	0.50 mcg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 152
48	CAPTOPRIL 25 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	25 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 81
49	CAPTOPRIL 50 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	50 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 79
50	CARBAMAZEPINA	20mg/ml (2%)	SUSP.	$ 3.050
51	CARBAMAZEPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 203
52	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 180MG COL.	180mg	COL.	$ 11.050
53	CARVEDILOL 6.25MG TAB/CAP/GRAG/COMP	6.25 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 128

54	CARVEDILOL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 282
55	CEFALEXINA 500MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP	500mg/ml	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 750
56	CEFALEXINA SUSPENSION 250 MG / 5 ML(5%)	250mg/5ml	SUSP.	$ 4.362
57	CEFUROXIMA - TAB/CAP/GRAG/COMP - 500MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 11.011
58	CEFRADINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 423
59	CEFTRIAXONA SÓDICA	1 gr	AMP/VIAL	$ 2.135
60	CETIRIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 77
61	CETIRIZINA	15 ml	GOT.	$ 4.769
62	CETIRIZINA JARABE 1MG/ML	5mg	JBE.	$ 5.773
63	CEFUROZIMA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 11.011
64	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12)-AMP/VIAL-1000MCG/ML	(1+100)mg	AMP/VIAL	$ 1.096
65	CIPROFLOXACINA COLIRIO 0.3% OTICA	0.3%	COL.	$ 21.120
66	CIPROFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 193
67	CLORHEXIDINA DIACETATO TABLETAS MASTICABLES	4 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 964
68	CLORHEXIDINA DIACETATO ENJUAGUE ANTICEPTICO BUCAL	180ml	FCO	$ 28.540
69	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 20MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 462
70	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 10MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 391
71	CLARITROMICINA X 250 MG /5ML POLVO PARA SUSPENSION	50mg/15ml	SUSP.	$ 7.194
72	CLARITROMICINA X 100 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 1.434
73	CLINDAMICINA CREMA VAGINAL AL 2%	2%	CRE.	$ 13.086
74	CLINDAMICINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 1.368
75	CLINDAMICINA-TAB VAG OVULOS-100 MG	100mg	TAB VAG OVULOS	$ 5.132
76	CLOBETASOL PROPIONATO-CRE.-0.05%	0.05%	CRE.	$ 9.750
77	CLONIDINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 0.150 MG	0.150mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 77

78	CLOPIDOGREL-TAB/CAP/GRAG/COMP-75MG	75mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 310
79	CLORANFENICOL TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	250mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 320
80	CLORFENIRAMINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 4 MG	4 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 35
81	CLORFENIRAMINAFCO 2 MG / 5 ML	2 mg / 5 ml	FCO	$ 2.261
82	CLOROQUINA (DIFOSFATO Ó SULFATO)TAB Ó CAP250 MG DE	250mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 234
83	CLOTRIMAZOL CREMA TOPICA 1%	1%	CRE.	$ 2.063
84	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL AL 1%	125mg/5ml	CRE.	$ 3.267
85	CLOTRIMAZOL OVULO Ó TAB VAGINAL AL 2%	200mg	TAB VAG OVULOS	$ 193
86	CLOTRIMAZOLFCO 10 MG / ML (1%)	10 mg / ml (1%)	FCO	$ 1.939
87	COLAGENASA 125MG/ML CRE.	125mg/ml	CRE.	$ 19.629
88	COLCHICINA TAB 0.5 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	0,5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 86
89	COLESTIRAMINA ANHIDRA-POLV.-4G	4g	POLV.	$ 1.022
90	COLISTINA+NEOMICINA+HIDROCORTISONA	(1.53+5+0)	GOT.	$ 3.614
91	COMPLEJO B TAB/CAP/GRAG/COMP	B1 10mg B2 3 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 76
92	COMPLEJO B 100MG/10 ML	100mg/10 ml	AMP/VIAL	$ 4.848
93	CORTICOIDE + LIDOCAINA CREMA RECTAL	0.25mg/ml	CRE.	$ 12.444
94	CORTICOIDE + LIDOCAINA SUPOSITORIOS RECTALES	(5+60)mg	SUSP.	$ 4.641
95	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA SOLUCION OFTALMICA	(1mg+3.5mg(3500UI)+(6000-6600UI))/ml	SUSP.	$ 7.954
96	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA -UNG-1MG +(3500+600)	20mg	UNG.	$ 8.174
97	CROMOGLICATO DE SODIOFCO	20 mg / ml (2%)	GOT.	$ 5.033
98	CROTAMITON FCO10%	10%	FCO	$ 7.095
99	DESLORATADINA TAB/CAP/GRAG/COMP	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 244
100	DESLORATADINA-JBE.-0.5MG/ML	0,5mg	JBE.	$ 4.356
101	DESONIDA 0.05% CREMA	0,05%	CRE.	$ 5.562
102	DEXAMETASONA AMP/VIAL AL 0.4%	0.4%	AMP/VIAL	$ 512
103	DEXAMETASONA (ACETATO)DE BASE	8 mg/ 2 ml	AMP/VIAL	$ 547

104	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAMUSCULAR AMPOLLA / VIAL	75mg/3ml	AMP/VIAL	$ 495
105	DICLOFENACO 50 GEL	50g	GEL.	$ 3.548
106	DICLOFENACO SÓDICOTAB50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 512
107	DICLOFENACO + CODEINA 10MG TAB/CAP/COMP	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 3.589
108	DICLOFENACO COLESTIRAMINA TAB/CAP/GRAG/COMP 75 MG	75mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 2.551
109	DICLOXACILINA CAP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 327
110	DICLOXACILINA 250MG/5ML SUSP.	250mg/5ml	SUSP.	$ 3.592
111	DIFENHIDRAMINACAP 50 MG	50 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 150
112	DIFENHIDRAMINA FCO 12.5 MG / 5 ML	12.5 mg / 5 ml	FCO	$ 1.834
113	DIHIDROCODEINA BITARTRATOFCO2.	42 mg / ml (0.242%)	FCO	$ 3.292
114	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 60 MG	60mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 147
115	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 180 MG	180mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 629
116	DIMENHIDRINATO 50MG S.M.N.F. TAB/CAP/GRAG/COMP	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 94
117	DIOSMINA + HESPERIDINA 450+50MG	450+50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 578
118	DIPIRONA AMP 1 G/ML AMP 2 ML	1g/2ml	AMP/VIAL	$ 427
119	DIPIRONA AMP 2 G/5 ML AMP 5 ML	2 g/5 ml	AMP/VIAL	$ 1.551
120	DIPIRONA TAB/CAP/GRAG/COMP X 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 151
121	DOMPERIDONA SUS. 1MG/ML	1mg/ml	SUSP.	$ 4.781
122	DOXAZOCINA TAB/CAP/GRAG/COMP 4MG	4mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 514
123	DOXICICLINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 188
124	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 90
125	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 90
126	ENZIMAS PANCREATICAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-25000 U.I.	25000UI	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 2.103
127	ERGOTAMINA + CAFEINA TAB/CAP/COM (1+100)MG	1+100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 556
128	ESOMEPRASOL 20MG TAB/CAP/GRAG/COMP	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 120

129	ESOMEPRASOL 40MG TAB/CAP/GRAG/COMP	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 139
130	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 511
131	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 155
132	ESTRÓGENOS CONJUGADOS 0.0625%	0,06%	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 35.475
133	ESTROGENOS NATURAL CONJUG Ó ASOC 0.625 MG	0.625 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 792
134	ETINILESTRADIOL+LEVONORGESTREL (30+150)MC	(30+150)mc	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 125
135	FENITOINA SODICA 100MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 321
136	FITOBREMG CREMA TOPICA (TRITICUM VULGARE 15%)	32 G	CRE.	$ 23.018
137	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 257
138	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg/5ml	SUSP.	$ 7.367
139	FLUNARIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 71
140	FLUNARIZINA 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 205
141	FLUOXETINA 20 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	20 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 46
142	FOLICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 1MG	1mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 90
143	FURAZOLIDONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 833
144	FURAZOLIDONA COMP 50/ML JARABE/SUSPENSIÓN/EMULSION/ELIXIR/GOTAS SOLUCION ORAL ORAL	10-15%	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 14.112
145	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML	20 mg / 2 ml	AMP/VIAL	$ 279
146	FUROSEMIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 51
147	FUSIDICO ACIDO CREMA 2%	2%	CRE.	$ 5.445
148	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 600 MG	600mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 257
149	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 900 MG	900mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 801
150	GENTAMICINA AMP/VIAL 160 MG / 2 ML	160mg/2ml	AMP/VIAL	$ 2.535

151	GENTAMICINA AMP/VIAL 80 MG / 2 ML	80mg/2ml	AMP/VIAL	$ 578
152	GENTAMICINA CREMA 1MG/G	1mg/g	CRE.	$ 3.750
153	GENTAMICINA COLIRIO 3 MG / ML (0FTALMICA)	(160+800)mg	COL.	$ 3.207
154	GINKGO BILOBA EXTRACTO TBL/COMP X 40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 449
155	GLIBENCLAMIDA TAB/COM/GRAG 5 MG	40+200mg/5ml	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 39
156	GLICERINA ADULTOS SUPOSITORIOS RECTAL		SUSP.	$ 1.090
157	GLICERILO GUAYACOLATO JARABE AL 2%	2%	JBE.	$ 3.358
158	GLICERINA CARBONATADA- GOTAS.-0*01 (1%)	1%	GOT.	$ 5.033
159	HIDROCLOROTIAZIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 39
160	HIDROCORTISONA (ACETATO) CREMA 1%	1%	CRE.	$ 2.393
161	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO)FCO AMP100 MG	100mg	FCO	$ 3.491
162	HIDROCORTISONA(ACETATO) SOL 0*5%	0*5%	LOC.	$ 8.663
163	HIDROXICINA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 119
164	HIDROXICINA JARABE 250MG/10ML (0.25 %)	250mg/10ml	JBE.	$ 4.785
165	HIERRO SULFATO JARABE 125MG/5ML	125mg/5ml	JBE.	$ 2.529
166	HIERRO SULFATO -TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 128
167	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG AMP/VIAL	20mg	AMP/VIAL	$ 1.539
168	HIOSCINA BUTIL BROMURO TAB/GRA/COM 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 248
169	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA AMP(20 +2.5/5ML)	(0.02 + 2.5)	AMP/VIAL	$ 1.871
170	IBUPROFENO SUSPENSION 100MG/5ML	100mg/5ml	SUSP.	$ 2.084
171	IBUPROFENO TAB/GRAG/COMP 400 MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 116
172	IMIPRAMINA CLORHIDRATOTAB/CAP/GRAG/COMP10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 470
173	IMIPRAMINA HCL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 69
174	INSULINA HUMANA N NPH 6MG AMP/VIAL	6mg	AMP/VIAL	$ 15.396

175	INSULINA ZINC CRISTALINAFCO -VIAL80 - 100 U.I. / M	100 ui	AMP/VIAL	$ 12.188
176	IPRATROPIO BROMURO 20MG/ML AER.	0.02mg/Pulverizacion	AER.	$ 8.980
177	ISOCONAZOL CREMA TOPICA X 20 G	20G	CRE.	$ 4.587
178	ISOCONAZOL SOLUCION TOPICA 10MG/ML	10mg/ml	SOL.	$ 5.897
179	ISOSORBIDE DINITRATO TAB SUBLINGUAL 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 1.317
180	ISOSORBIDE DINITRATOTAB10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 84
181	IVERMECTINA SOLUCION ORAL 0.6%	0,63%	GOT.	$ 6.850
182	KETOCONAZOL-CHAM.-0.02 NP	0.02 NP	CHAMPU	$ 13.695
183	KETOCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 193
184	KETOCONAZOL CREM. 2%	2%	CRE.	$ 1.417
185	KETOPROFENO 100MG AMP/VIAL	100mg	AMP/VIAL	$ 1.592
186	KETOPROFENO 2.5% GEL.	2.5%	GEL.	$ 6.249
187	KETOPROFENO TAB/COM/GRA X 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 303
188	KETOTIFENOFCO1 MG / 5 ML (0.02%)	1 mg / 5 ml (0.02%)	FCO	$ 2.343
189	LANSOPRAZOL 30MG TAB/CAP/GRAG/COMP	30mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 280
190	LATANOPROST 0.005%	0,01%	COL.	$ 15.523
191	LEVODOPA + CARBIDOPATAB250 MG + 25 MG	250mg+25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 363
192	LEVODOPA + CARBIDOPATAB100MG+25MG	100mg+25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 674
193	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TABLETAS 100 MCG	100mcg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 51
194	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MCG	50MCG	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 45
195	LIDOCAINA HCL (CLORHIDRATO) JALEA 2%	2%	FCO	$ 10.293
196	LITIO CARBONATO-TAB/CAP/GRAG/COMP-300MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 533
197	LOPERAMIDA(CLORHIDRATO) TABLETA 2 MG	2mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 64
198	LORATADINA JARABE 1MG/ML (0.1%)	1mg/ml	JBE.	$ 2.508
199	LORATADINA TAB/COM/GRA 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 44
200	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 141

201	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 64
202	LOVASTATINATAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 36
203	MEBENDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 129
204	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) AMP/VIAL 50MG/ML	50mg/ml	AMP/VIAL	$ 13.022
205	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) TABLETA 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 449
206	MELOXICAM-TAB/CAP/GRAG/COMP-7.5MG	7.5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 128
207	METFORMINA TBL/COM/GRAG 850 MG	850mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 128
208	METIMAZOL TAB/COM/GRA 5 MG	5mg%	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 167
209	METOCARBAMOL TAB/GRAG/COMP 750 MG	750mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 193
210	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) GOTAS 4 MG/ML (0*4%)	4 mg/ml (0*4%)	GOT.	$ 2.706
211	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 10MG/2 ML	10mg/2ml	AMP/VIAL	$ 282
212	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) TAB/COM 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 59
213	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 141
214	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 50 MG	50mg/ml	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 41
215	METOTREXATO SÓDICO TAB/CAP/GRAG/COMP 2.5 MG DE BASE	2.5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 632
216	METRONIDAZOL OVULO/TABLETA VAGINAL 500 MG	500mg	TAB VAG OVULOS	$ 257
217	METRONIDAZOL SUSPENSION 250MG/5ML	250mg/ml	SUSP.	$ 3.199
218	METRONIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 127
219	METRONIDAZOL/NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES (500/100	25mcg/Día	TAB VAG OVULOS	$ 965
220	MIRTAZAPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 30MG	30mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 294
221	MONTELUKAST-TAB/CAP/GRAG/COMP-5MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 186
222	MOXIFLOXACINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 2.436
223	MULTIVITAMINAS+MINERALES TAB/CAP/COMP (S.M.N.F)	0	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 190
224	MULTIVITAMINAS+MINERALES JARABE (S.M.N.F)	0%	JBE.	$ 190

225	NAPROXENO SUSPENSION 125MG/5ML	125mg	SUSP.	$ 2.694
226	NAPROXENO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	250mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 106
227	NIFEDIPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG (HTA)	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 141
228	NIFEDIPINA(LIB. CONTROLADA) CAP/COMP 30 MG (HTA)	30 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 210
229	NIMODIPINO TAB/CAP/GRAG/COMP Ó CAP30 MG	30mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 91
230	NISTATINA CREMA 100.000 U.I./G	100.000UI	CRE.	$ 12.829
231	NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES 100.000 U.I.	100.000UI	TAB VAG OVULOS	$ 1.230
232	NISTATINA SUSPENSION 100.000 U.I./ML	20mg/2ml	SUSP.	$ 4.490
233	NITAZOXANIDA-SUSP.-2G	400mg	SUSP.	$ 6.671
234	NITAZOXANIDA-TAB/CAP/GRAG/COMP-500MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 899
235	NITROFURANTOINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 218
236	NORFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 400 MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 257
237	OMEPRAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 81
238	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0*5 MG/ML (0*05%)	0*5 mg/ml (0*05%)	SOL.	$ 8.596
239	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0.25MG/ML (0.025%)	0.025%	GOT.	$ 8.596
240	PARCHE OCULAR ADULTO	-	PARCHE	$ 624
241	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 1.200.000 U.I.	1200000UI	AMP/VIAL	$ 2.052
242	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 2.400.000 U.I.	2400000UI	AMP/VIAL	$ 3.207
243	PENTOXIFILINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG	400mg%	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 660
244	PIRANTEL/OXANTEL-SUSP.-(250/250)MG/5ML	250/250mg/5ml	SUSP.	$ 2.310
245	PIROXICAM GEL X 30 G	30 g	GEL.	$ 1.737
246	PIROXICAM TAB/CAP/GRAG/COMP X 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 256
247	PLATA SULFADIACINA CREMA 1%	0,01	CRE.	$ 3.828
248	PODOFILINA LOCION 20 %	20%	LOC.	$ 8.663

249	PRAZOCIN-TAB/CAP/GRAG/COMP-1MG	1mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 64
250	PREDNISOLONA TAB/GRAG/COMP 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 3.930
251	PREDNISOLONA + FENILEFRINA FCO GOT 1 % + 0.12 %	Got 1 % + 0.12 %	FCO	$ 6.435
252	PREDNISOLONA-SUSP.-OFTALMICA(1%/5ML)	(1%/5ml)	SUSP.	$ 5.915
253	PREDNISOLONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-50MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 982
254	PRESERVATIVO "CONDON"	-	-	$ 330
255	PRIMAQUINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-15MG	15mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 234
256	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 76
257	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB80 MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 122
258	QUINAPRIL-TAB/CAP/GRAG/COMP-20MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 1.205
259	RETINOICO ACIDO CREMA 0.05%	0,05%	CRE.	$ 9.818
260	RISPERIDONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-3MG	3mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 549
261	SALBUTAMOL (SULFATO)FCO2 MG / 5 ML (0.04%)	2mg/ml	SOL.	$ 2.269
262	SALBUTAMOL(SULFATO) AEROSOL 100 MCG/INHALACIÓN	100mcg	AER.	$ 8.980
263	SALES DE REHIDRATACION ORL SOBRE FÓRMULA OMS	5g/100ml	POLV.	$ 770
264	SALES DE REHIDRATACION ORL-FCO-	400mg	FCO	$ 9.622
265	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 962
266	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	SUSP.	$ 2.116
267	SERTRALINA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 172
268	SUCRALFATE TAB/CAP/GRAG/COMP 1 G	0.1%	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 389
269	SULFATO DE ZINC SUSP FCO 120ML	120ml	FCO	$ 5.693
270	SULFATO DE ZINC TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 394
271	TEOFILINA ELIXIR 80 MG/15 ML	80mg/15ml	ELIX.	$ 5.274
272	TEOFILINA LIBERACION LENTA TAB/CAP/COMP 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 261

273	TERBINAFINA 1% CREMA TOPICA TUB20G	20g	CRE.	$ 7.260
274	TERAZOSIN TAB/CAP/GRAG/COMP 5MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 436
275	TERBINAFINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-250MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 5.820
276	TETRACICLINA(CLORHIDRATO) CAP/COM/TAB 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 266
277	TIAMINA (VITAMINA B1) AMP/VIAL 100 MG/ML	100mg/ml	AMP/VIAL	$ 6.416
278	TIAMINA (VITAMINA B1) CAP/TBL/COM 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 183
279	TIMOLOL MALEATO COLIRIO 5 MG/ML (0.5%)	5 mg/ml (0.5%)	GOT.	$ 3.011
280	TINIDAZOL TAB/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 203
281	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-2MG	2mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 950
282	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-4MG	4mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 578
283	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA-COL.-0*03	0.3mg	COL.	$ 4.274
284	TRAMADOL (CLORHIDRATO) SOLUCION ORAL 100 MG/ML(10%)	100 mg/ml(10%)	SOL.	$ 2.650
285	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 100 MG/ML	100mg/ml	AMP/VIAL	$ 553
286	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 50 MG/ML	50 mg/ml	AMP/VIAL	$ 536
287	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 569
288	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 128
289	TRIMEBUTINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 257
290	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL SUSP (40+200)MG 120ML	40+200mg/5ml	SUSP.	$ 2.310
291	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL TAB/COMP (160+800)MG	160+800mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 200
292	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL(F) SUSP (80MG/400)MG	80+400mg	SUSP.	$ 4.362
293	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOLFCO(40+200) 60ML	(40+200) 60ml	FCO	$ 1.861
294	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 80 + 400) MG	(80+400)mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 114
295	UREA-CREMA.-(10-40)%	10-40)%	CRE.	$ 23.169
296	VALPROICO ACIDO JAREBE 250 MG/5 ML	250mg/ml	JBE.	$ 4.747

297	VALPROICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	250mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 211
298	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-160MG	160mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 611
299	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 295
300	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB 240MG	240mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 5.920
301	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB120 MG	120mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 180
302	VERAPAMILO RETARD-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 162
303	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 100.000 U.I.	100000UI	PER.	$ 167
304	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 50.000 U.I.	50000UI	PER.	$ 134
305	VITAMINA B12 AMP 1ML/1MG 1ML	1ml/1mg	AMP/VIAL	$ 1.096
306	VITAMINA D3 TAB/CAP/GRAG/COMP 0.25MCG	0.25mcg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 757
307	VITAMINA E CAPSULA 400 UI	400UI	PER.	$ 384
308	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 10MG/ML	10mg	AMP/VIAL	$ 770
309	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 1MG/ML	1mg/ml	AMP/VIAL	$ 576
310	WARFARINA(SÓDICA) TAB/COM/GRAG 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 190
311	YODOPOVIDONA SOLUCION BUCOFARINGEOX 120 ML	120 ml	SOL.	$ 3.072
312	YODOPOVIDONAFCO10%	10%	FCO	$ 2.987
313	ZINC + MULTIVITAMINAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-S.M.N.F.	0	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 190
314	ZINC OXIDO+NISTATINA CREMA TOPICA 5%+100.000 U.I	5%+100.000 U.I	CRE.	$ 5.658
315	ZINC+MULTIVITAMINAS-GRANULADO-S.M.N.F	0	TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 18.362
316	CLARAX ANTISEPTICO TABLETAS MASTICABLES	0	TABLETAS MASTICABLES	$ 925
317	Clarax Enjuague Antiseptico Bucal		Enjuague Antiseptico	$ 26.000
318	Clarax Enjuague Antiseptico Bucal SPRAY		Enjuague Antiseptico	$ 27.000
319	Clarax Gel Tubo x 30 gr		Antiseptico Gel	$ 17.000
320	GASTACID SACHETS X 10 ML		SOBRES	$ 2.500
321	ROSUVASTATINA 40 MG	40 mg	TABLETAS	$ 500

322	FENOFIBRATO CAPSULAS X 200 MG	200 MG	TABLETAS	$ 600
323	BETAHISTINA TABLETAS X 16 MG	16 mg	TABLETAS	$ 400
324	BETAHISTINA TABLETAS X 8 MG	8 Mg	TABLETAS	$ 350
325	Mupirocina Crema al 2% tubo	Crema	Crema	$ 20.000

INSUMOS

1	Jeringa x 10 cc	$	500
2	Jeringa x 5 cc	$	500
3	Jeringa x 3 cc	$	500
4	Especulo SENCILLO	$	3.000
5	Especulo KIT	$	40.000
6	Bistury # 10 y # 11	$	500
7	BATAS DESECHABLES	$	9.500
8	Mascara de NEBULIZAR Pediatrico	$	6.000
9	Mascara de NEBULIZAR Adulto	$	6.000
10	GUANTES ESTERILES	$	1.500
11	GUANTES DESECHABLES (PAR)	$	500
12	GASAS ESTERILES	$	700
13	RECOLECTOR DE ORINA	$	600
14	SUERO FISIOLOGICO (BOLSA)	$	4.000
15	Aguja Vacutainer ADULTO	$	700
16	Aguja Vacutainer PEDIATRICO	$	700
17	RECOLECTOR DE COPROLOGICO	$	600
18	SONDA VESICAL Foley 18	$	5.000
19	SONDA VESICAL Foley 20	$	5.000
20	SONDA VESICAL Foley 16	$	5.000
21	CISTOFLO	$	12.000

GRUPO No.2

No	Códigos CUPS	SERVICIO	VALOR ESTIMADO
1	89.0.2.11	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA - VALORACION	$24.415
2	89.0.4.12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA - VALORACION	$24.415
3	89.0.4.11	INTERCONSULTA POR SESION DE TERAPIA FISICA. 1 SESION	$24.415
4	89.0.4.12	INTERCONSULTA POR SESION TERAPIA RESPIRATORIA. 1 SESION	$24.415
5	93.1.0.01	TERAPIA FISICA INTEGRAL. 1 SESION	$24.415
6	93.9.4.03	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL. 1 SESION	$24.415

Nota: Para establecer el valor estimado se tomó el precio del mercado de la única cotización allegada, no se tendrá el precio histórico ni secop para la presente contratación ya que la entidad que se encuentra en ese sector solamente participara si se establecen los precios bajo la cotización presentada.

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

1.1. **VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN**

GRUPOS	**DESCRIPCIÓN**	**VALOR ASIGNADO POR GRUPO VIGENCIA 2022**
Grupo 1	Prestación de Servicios de consulta médico general Nivel I Toma y estudio de exámenes de Laboratorio Clínico Especializado Dispensación de Medicamentos ambulatorios contemplados en el Vademécum PONAL	**$ 25.000.000**
Grupo 2	Prestación de servicios de salud en consulta y terapia física	**$ 3’000.000**
TOTAL		**$28’000.000**

OBLIGACIONES POLICIA NACIONAL

1. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4** 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 bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.

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 al Ordenador del Gasto, 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. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

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

9. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.

10. En cumplimiento al artículo 15 del Decreto 723 del 15 de abril de 2013, las siguientes: 1.) Reporta a la Administradora de Riesgos Laborales los accidentes de trabajo y enfermedades laborales. 2.) Investigar todos los incidentes y accidente de trabajo. 3.) Realizar actividades de prevención y promoción. 4.) Incluir a las personas que les aplica el presente decreto en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. 5.) Permitir la participación del contratista en las capacitaciones que realizase el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. 6.) Verificar en cualquier momento el cumplimiento de los requisitos de seguridad y salud necesarios para cumplir la actividad contractada de las personas a las que les aplica el presente decreto. 7.) Informar a los contratistas afiliados en riesgo IV y/o V sobre los aportes efectuados al Sistema General de Riesgos Laborales. 8.) Adoptar los mecanismos necesarios para realizar el pago anticipado de la cotización, cuando el pago del aporte este a su cargo.

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. Responder los requerimientos de aclaración o de información en los plazos que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4** le formule en cada caso.

4. Se compromete a cumplir con lo establecido en el decreto 1703/02 y la Ley 510/03 en lo referente a la afiliación y aportes al Sistema general de Seguridad Social del personal a su cargo. A certificar la afiliación a una ARP del todo personal contratado y a presentar junto con la factura copia de la planilla única de pago.

5. Participar en comités de obligatorio cumplimiento e institucionales, escuelas de eficiencia corporativa y actividades de mejoramiento que requiera la DISAN – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 cuando sea requerido con previa anticipación

6. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Jefatura Administrativa y Financiera de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4** o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelar los pagos a que hubiere lugar.

7. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.

8. 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 Jefatura Administrativa y Financiera de la Regional De Aseguramiento En Salud No. 4 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.

9. 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 y entregar en el Formato de información a terceros (Declaración de la cuenta bancaria activa) con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.

10. Restituir a la Regional De Aseguramiento En Salud No. 4 los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.

11. El contratista debe presentar constancia de inscripción en el registro especial Nacional del Ministerio de Salud, de conformidad con el artículo 2.2.1.2.1.2.21. del decreto 1082 de 2015 o en su defecto el certificado de requisitos mínimos esenciales de salud.

12. 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.

13. El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos, e incidentes presentados en la ejecución del contrato con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y/o ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe hacer consignar en la forma institucional de Sanidad 3SS-FR-0006 reporte de eventos adversos e incidentes)

14. **EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO,** salvo que se trate de urgencias debidamente justificadas de acuerdo a la normatividad vigente para la atención inicial de urgencia o urgencia vital, cuyo pago obedecerá al trámite interno establecido para la cancelación de dichos eventos.

15. El contratista deberá requerir a los usuarios para acceder al servicio de salud que presenten a la vista el documento de identidad que acredita los derechos al Subsistema de salud de la Policía Nacional, **según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad)** y entregar la respectiva orden de servicios. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos

expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias).

16. Todo servicio adicional que no haga parte del inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. (Decreto 780 de 2016).

17. Aquellos servicios con que cuente el proveedor y que siendo incluidos en su portafolio de servicios no hayan sido incluidos en la contratación, ni notificados previamente por escrito al contratante, requerirá el aval por parte del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente (Decreto 780 de 2016).

18. El contratista deberá requerir a la Central de Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 dentro de las 24 horas siguientes a la atención de un usuario del Subsistema de Salud de la Policía Nacional la **ORDEN DE SERVICIOS** que avala la atención por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, enviando la historia clínica.

19. El contratista se obliga a diligenciar en su formato los procedimientos o medicamentos por fuera del plan de beneficios o POS.

20. Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.

21. Informar al supervisor del contrato el saldo de este con una periodicidad mensual y cuando se haya ejecutado en un setenta 70%, 80%, 90% y 100% el valor del contrato.

22. Los usuarios que pertenecen a otros Departamentos distintos a Valle del Cauca, Cauca y Nariño, para la prestación de los servicios será previa autorización del del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de la regional de Aseguramiento en salud No. 4. De no cumplirse con este requisito, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, no asumirá el pago de los servicios prestados, derivando nuevamente la factura a la entidad para que sea facturada en forma independiente al departamento que corresponda.

23. La Calidad del servicio tendrá como sustento los atributos de oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógica científica, satisfacción del usuario y beneficiario, efectividad, eficiencia, equidad y aceptabilidad.

24. En caso de presentarse objeciones transitorias, éstas deberán ser respondidas y tramitadas según los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, contados a partir de la fecha de notificación al CONTRATISTA por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. Las objeciones se cancelarán en la medida que éstas sean aclaradas o soportadas, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

25. Prestar los servicios en sus instalaciones, es decir no se subcontratarán los servicios.

26. Toda urgencia que no cuente con la autorización de la Central Nacional de Autorizaciones no será tramitada por esta regional, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 780 de 2016.

27. El contratista deberá tener estructurado el Sistema de Referencia y Contra referencia y Sistema de Atención al Usuario.

28. El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
29. El contratista deberá establecer canales de acceso y comunicación, que garanticen la oportunidad en el agendamiento y la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Para que los funcionarios del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de esta Regional puedan realizar las solicitudes de citas y se agende en tiempo real.

30. El contratista permitirá al equipo auditor de Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, el acceso en tiempo real y oportuna a las historias clínicas y todos los registros asistenciales diligenciados dentro de la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4, adicionalmente permitirá también, el acceso

a las unidades de análisis que contengan el resultado de los casos de importancia en salud pública y de los incidentes y eventos adversos, en caso de que los auditores de la Regional de Aseguramiento detecten o sean informados de la ocurrencia de un evento adverso, así como permitir que el equipo auditor de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 efectué la revisión de la facturación in situ de los servicios prestados a nuestros usuarios, eso sí aclarando muy bien que mientras duren las condiciones de restricción debida a la pandemia de Covid 19, no se realizará auditoría in situ.

31. Ante la identificación por parte del Grupo de Auditoría de la Regional de Aseguramiento No. 4 de algún evento adverso, el contratista se obliga a realizar el análisis del caso.
32. El contratista se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato o del resorte administrativo a través del supervisor o Coordinador de contrato.

33. El contratista se obliga a garantizar la realización, con oportunidad, de procedimientos autorizados a los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, lo cual será objeto de monitoreo por parte del médico auditor, el Supervisor del contrato y la Oficina de Atención al Usuario, su no realización dentro de los tiempos establecidos será causal de descuento de un 15% (ver ítem 13 de condiciones técnicas).

34. Garantizar la prestación de los servicios con equipos Biomédicos y Material Médico adecuados para la atención del usuario.

35. La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes.

36. El contratista se obliga a que el personal asistencial que presta los servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias se fundamente en el Plan de Beneficios de Sanidad Policial (Acuerdo 002 de 2001) y el Vademécum Institucional (Acuerdo 052 del 01/04/2013), los cuales se encuentran adjuntos al proceso contractual teniendo en cuenta que el Plan de Beneficios de la Policía Nacional difiere en 200 moléculas aproximadamente del POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con lo cual se prevé minimizar los trámites innecesarios a los usuarios, la interposición de acciones de tutela y solicitudes de Fármaco-vigilancia no pertinentes.

37. El contratista se obliga a notificar inmediatamente, los casos de interés en salud pública identificados en pacientes de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, tanto al SIVIGILA como al grupo de Epidemiologia de la Regional. (deval.rases-epi@policia.gov.co).

38. La Entidad contratista deberá haber realizado la declaratoria de requisitos esenciales, actas de compromiso, condiciones sanitarias y cumplimiento, acordadas con el ente territorial de salud respectivo, tener implementado su sistema de garantía de calidad y un sistema de información gerencial y bioestadística acorde con las exigencias definidas por el Ministerio de Protección Social. En tal virtud, el contratista se obliga a remitir los indicadores de Calidad y los respectivos planes de mejoramiento reportados a la Superintendencia de salud (Circular 030 de 2008 y 058/2000; 09/2012) en formato Excel a los siguientes correos (deval.rases-est@policia.gov.co; deval.rases-gar@policia.gov.co)

39. El Contratista se obliga a diligenciar en letra clara, legible y justificado el formato de CTC para medicamentos y el de Fármaco-vigilancia, teniendo en cuenta que el Plan de beneficios de la Policía Nacional difiere del POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con lo cual se prevé minimizar los tramites excesivos a los usuarios.

40. La prescripción de medicamentos se debe realizar con letra legible, clara, especificando los miligramos, presentación, cantidad y debe ser formulado en la molécula Internacional sin emplear nombres comerciales y que estén dentro del vademécum institucional (que se anexa, teniendo en cuenta que el vademécum institucional cuenta con un número mayor de moléculas que el vademécum de la ley 100). Si el paciente requiere formulación de medicamentos que no estén en el vademécum, debe diligenciar el formato NO POS para la correspondiente autorización.

41. El contratista debe cumplir con el Decreto 1011 de 03-Abr-08, en las resoluciones 3100/2019 (Habilitación) y 1445 (Estándares de Calidad)

42. El contratista se obliga a remitir todos los RIPS de las atenciones a los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, anexos a las cuentas de cobro y coetáneamente al correo electrónico relacionando en una casilla el número de orden de autorización dada por Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 y en otra casilla la fecha de expedición de dicha orden de autorización deval.rases-est@policia.gov.co, deval.rases-rips@policia.gov.co, y deval.rases-ref@policia.gov.co .

43. El contratista dispondrá de una persona encargada de la coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre toma de exámenes, preparación, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Igualmente, este canal será de manejo por parte de los auditores y personal del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No.4.

44. Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No.4. En esta Facturación debe aparecer el Número del Contrato vigente al que se carga la cuenta y dando cumplimiento a la ley 594 del 14 de julio de 2000 “Ley General de Archivo”.

Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes:

a. Factura original a nombre de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4- Policía NIT. 805.022.186-6.
   i. Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestado.
   ii. Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico.
   iii. Historia Clínica (ambulatoria, de urgencias, hospitalización y procedimientos). Correspondiente a los servicios relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario.
   iv. RIPS de atenciones prestadas.
b. Anexar a la factura fotocopia del pago de parafiscales (Una por cada mes independiente del número de facturas presentadas).
c. Orden de prestación de los servicios expedida por el del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, debidamente firmada por el usuario o acudiente. Se exceptúa el caso de atención por Urgencias Vitales. Y anexo a ésta, fotocopia del carné o constancia y cédula de ciudadanía.
d. La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar los códigos CUPS y la tarifa establecida en la oferta económica del respectivo contrato.

45. Igualmente cuando se presten servicios en la modalidad de urgencias médicas, la atención inicial de urgencias y las que se deriven de ellas deberán ser reportadas vía telefónica a la línea de atención: 5804400, extensiones 7646, 7426, 7695, 7617 y avantel 3505546128 o a los correos electrónicos disan.arasi-aut@policia.gov.co, disan.arasi-crf@policia.gov.co. Lo anterior independientemente de que la IPS cuente con contrato vigente con la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (Regional de Aseguramiento en Salud No. 4), es obligatoria la notificación de la atención inicial de urgencias con el fin de generar el respectivo código de la atención y llevar el seguimiento a la misma. Para la autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias se deberá comunicar a los números telefónicos mencionados anteriormente con el fin de obtener la autorización de la estancia hospitalaria y demás procedimientos que se requieran. Con ello procederá su pago por resolución de urgencias, resolución que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 proyectará para pago una vez la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional situé los recursos pertinentes, o se cargará al contrato si los hubiere.

46. Por ningún motivo se abstendrá de atender y no devolverá al usuario en comento sin informar previamente a la institución el imprevisto presentado, esto con el fin de evitar molestias al mismo.

47. Una vez identificado el evento adverso e incidente presentado en la ejecución del contrato, el contratista lo reportará al supervisor del contrato y/o ordenador del gasto dentro de los siguientes cinco (5) días de realizado el análisis, asumiendo los costos de la atención en salud derivados del evento adverso.

48. En caso de que una entidad oferte y gane los dos grupos, deberá garantizar que los servicios asignados a cada grupo se facturen con cargo al grupo correspondiente.

49. Cuando el contratista se encuentre constituido como fundación, NO realizara cobros aplicables por conceptos de honorarios médicos, derechos de sala y estancia, derivados de atenciones por atentados terroristas contra miembros de la fuerza pública, heridos en combate y/o eventos catastróficos

50. El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, se debe cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 053 del 01 de diciembre de 2020 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020”.
51. El oferente y posterior contratista debe realizar todos los trámites pertinentes con el fin de cumplir con la facturación electrónica

52. 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.

53. **En cumplimiento al artículo 16 del Decreto 723 del 15 de abril de 2013, las siguientes: 1.)** Procurar el cuidado integral de su salud. **2.)** Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. **3.)** Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. **4.)** Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. **5.)** Cumplir con las normas reglamentos e

instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. **6.)** Consulta, conocer y dar cumplimiento estricto a los protocolos y guías de manejo expedidos por Ministerio de Salud y Protección Social os adoptados por la Dirección de Sanidad para los procedimientos y atención en salud con ocasión del desarrollo del objeto contractual. **7.)** Participar en la socialización y retroalimentaciones que se efectúen, relacionadas con las guías de manejo y protocolos de salud. **8.)** Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivad del contrato.

54. Atención del evento adverso prevenible; este corre por cuenta del prestador una vez se analice el caso, y se defina por ambas partes la responsabilidad unilateral de la IPS en la generación del evento adverso.

55. Prestar los servicios 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, si discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda.
56. Una vez recibida la referencia, tendrá la obligación de hacer contra referencia del paciente atendido.

57. El oferente utilizara las guías de manejo establecidas por la institución y/o el Ministerio de Salud y de la Protección Social en los usuarios de la Regional de Aseguramiento Numero 4.

58. El contratista informara cualquier novedad en la prestación de servicios o cualquier remisión a los correos deval.espco-rur@policia.gov.co; y teléfono 3181828 ext 5441, celular 3505595625.

59. Criterios Ambientales:

Garantizar que todo el material que se entregue en las unidades policiales en forma digital, se realice en un medio reutilizable, así mismo ceñirse la Directiva presidencial 04 de 2012

✓ Aplicar las buenas prácticas ambientales, participar en programas y exigencias del sistema de gestión ambiental.

✓ Garantizar la disposición final de los residuos sólidos peligrosos y especiales. Decreto 1076 de 2015.

✓ Con el objetivo, de evitar escapas de sustancias nocivas que contaminen las personas y sus bienes, deterioren los suelos y el medio ambiente en general. Ley 1672 del 19 julio del 2013.

✓ Presentar al supervisor del contrato, las hojas de seguridad de todos los productos e insumos utilizados.

✓ Presentar el plan de manejo ambiental para la mitigación de los aspectos e impactos ambientales generados en sus actividades productivas.

✓ Garantizar la prestación y disponibilidad de las hojas de seguridad de todas las sustancias químicas utilizadas para la limpieza y desinfección.

56. El contratista debe cumplir con lo establecido en el numeral sexto de la resolución 00090 del 15 de enero del 2018, con ocasión a la realización de la liquidación en los 60 días siguientes vencido el plazo de ejecución.

57. Certificado cumplimiento de las obligaciones del Decreto 4741 de 2005 “Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral”, firmado por el representante legal de la entidad.

58. Certificado cumplimiento de las obligaciones del Decreto 351 de 2014 "Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades” firmado por el representante legal de la entidad.

59. Certificado cumplimiento de las obligaciones del Decreto 3930 de 2010 “Por el cual se reglamenta usos del agua y residuos liquidas y se dictan otras disposiciones”, firmado por el representante legal de la entidad.

60. Certificado cumplimiento de las obligaciones de la Resolución 1164 de 2002 “Manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares en Colombia”, firmado por el representante legal de la entidad.

61. Certificado cumplimiento de las obligaciones de la Resolución 0631 de 2015 “Por la cual se establecen los parámetros y los valores límites máximos permisibles en los vertimientos puntuales a cuerpos de aguas superficiales y a los sistemas de alcantarillado público y se dictan otras disposiciones”, firmado por el representante legal de la entidad.

OBLIGACIONES DEL OFERENTE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. 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.

2. Declaración de compromiso de cumplimiento en donde se especifique que durante el contrato se cumplirán las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad Ocupacional

3. Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.

4. En el que caso que ocurriera un accidente de trabajo dentro de las instalaciones de sanidad presentar informe de los reportes de accidentes de trabajo realizados por la ARL durante el plazo de ejecución del contrato.

5. Constancia que los colaboradores vinculados para la ejecución de las actividades contractuales cuentan con la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

6. 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 del /los trabajador/es.

FORMULARIO No.

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN RASES4 MIC 130/2022** cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.**

Yo *(Nombre) (s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta,* identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de *(Calidad en la que actúa el (los) firmante(s)* de la propuesta; *si el (los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste (éstos) deberá (n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma),* de conformidad con lo establecido en el *(En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás)*, me permito presentar, en nombre de *(Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa)*, propuesta seria y formal para participar en el proceso mínima cuantía No. **PN RASES4 MIC 130/2022**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 , cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.**

Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas Mínimas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.

2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

4. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

5. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

6. Que la presente propuesta se presenta a través de la plataforma SECOPII.

7. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la (s) siguiente (s) dirección (es): _____Teléfono (s): _____ Fax:_____ celular Nº:_____ Email:_____ Nombre de Contacto:_____

8. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. *(Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).*

9. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).

10. El plazo de ejecución del contrato que se derive del presente proceso, se inicia a partir de generada el acta de inicio y la aprobación de la garantía única (si se solicita) y por un tiempo de _____ o hasta agotar el presupuesto, en todo caso lo primero que ocurra.

11. Que la vigencia de la presente oferta es por el tiempo de ejecución del contrato y contado a partir de la presentación de la misma.

12. Que el porcentaje de descuento ofrecido o las tarifas ofertadas serán acorde al formato de oferta económica de nuestra propuesta.

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.:_____

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____

Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____
_____ _____
_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros _____

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

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

CORREO ELECTRÓNICO: _____SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

NOTA: La información contenida en el presente formulario debe ser coherente con la contenida en la Certificación Bancaria. **(*Adjuntar original Certificación Bancaria*)**

RAZON SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.:_____

FORMULARIO

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Mínima Cuantía , Número **PN RASES4 MIC 130/2022** cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.
SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;
TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:
COMPROMISOS ASUMIDOS.
El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:
Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,
El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;
El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:
No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA UNIDAD EJECUTORA, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.
No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL - UNIDAD EJECUTORA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.
Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o

fijación de términos de las propuestas,[1] son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

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

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

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderad

[1] Decreto *2153* de 1992, Arts.

FORMULARIO No. 4

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Santiago de Cali,

Señores

POLICÍA NACIONAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4

Cali.

La empresa _____ identificada con **NIT.** Nº _____ nos comprometemos a sostener los precios ofertados dentro del proceso de mínima cuantía **PN RASES4 MIC 130/2022** , cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA"**
durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir.

Atentamente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.:_____

FORMULARIO

COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

El oferente se comprometerá a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos, así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental, además sus productos deberán cumplir los parámetros exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental.

LA POLICÍA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4**,** debe procurar realizar los procesos asociados a la adquisición de bienes y servicios necesarios para el eficiente funcionamiento de la unidad que posibiliten el cumplimiento de la política ambiental (En la Policía Nacional nos comprometemos a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos asociados a nuestras instalaciones, procesos y servicios, así como el mejoramiento continuo del desempeño ambiental de la institución), contribuyendo de esta forma con la protección efectiva del medio ambiente, dentro de los procesos que se adelanten con miras a la adquisición de bienes y/o servicios se incorporan criterios articulados con la protección del medio ambiente, a partir de la inclusión de parámetros como la compra verde o responsable, que significa la integración del componente ambiental en la toma de decisiones de compra de bienes y contratación de servicios; por lo tanto solicitamos de manera informativa a nuestros proveedores, relacionar la siguiente información de carácter adicional. Así mismo se solicita el compromiso de cumplir y respetar los programas ambientales establecidos para las instalaciones de la POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, en cuanto al manejo de residuos sólidos, residuos peligrosos, manejo de vertimientos, uso y ahorro del agua y energía.

CONDICIÓN AMBIENTAL	**RESPUESTA**	
	SI	**NO**
Informar si cuenta con certificaciones ISO 9001:2008 “Sistema de Gestión de Calidad” y/o ISO 14001:2004 “Sistema de Gestión Ambiental” o sus equivalentes o algún tipo de reconocimiento de carácter ambiental o de calidad, bien sea nacional o internacional.		
CRITERIOS AMBIENTALES • Garantizar la disposición final de los residuos sólidos peligrosos y especiales (aceites usados, luminarias, RAEES, envases de sustancias químicas y de derivados de hidrocarburo, baterías y pilas, llantas, escombros entre otros relacionados con el **Titulo 6 Residuos Peligrosos del Decreto 1076 de 2015** expedido por el Gobierno Nacional, o norma que lo modifique, adiciones o sustituya, que se pudiera generar como resultados de la prestación de sus servicios (Presentar al supervisor del contrato, el certificado de disposición final a través de un gestor ambiental debidamente acreditado por la autoridad ambiental competente para la prestación de estos servicios)		
• Con el objeto de evitar escapes de sustancias nocivas que contaminen las personas y sus bienes, deterioren los suelos y el medio ambiente en general, el contratista deberá decepcionar, almacenar y efectuar la disposición final de destrucción, de acuerdo a la normativa ambiental vigente de los elementos eléctricos y electrónicos y sus accesorios que, con ocasión a los mantenimientos correctivos, hayan sido retirados y/o reemplazados después de cumplir un ciclo de vida útil. Por lo anterior, el proponente y posterior contratista deberá hacer entrega a la Policía nacional de la certificación acompañada del acopio documental soporte, que evidencie la destrucción de estos elementos, actividad que deberá ser realizada por una empresa certificada por la autoridad ambiental competente y dar cumplimiento a la **Ley 1672 del 19 de Julio del 2013** “*Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEES), y se dictan otras disposiciones”,* o aquella norma que la modifique, adiciones o sustituya.		
• Deberá impartir, instrucciones, socializaciones y/o capacitaciones al personal bajo su cargo en temas ambientales, relacionados con sus aspectos e impactos ambientales estableciendo y presentando cronograma en temas tales como:		

✓ Gestión integral de residuos sólidos y líquidos, con medidas que permitan disminuir la cantidad de residuos generados. ✓ Uso de elementos de protección personal ✓ Manejo de sustancias químicas ✓ Ahorro y uso eficiente de recursos (agua y energía) ✓ Normativa ambiental ✓ Saneamiento básico ✓ Gestión del riesgo que garantice el buen manejo de los riesgos asociados a su actividad productiva.		
• Presentar al supervisor del contrato, las hojas de seguridad de todos los productos e insumos utilizados, así como los reportes de socialización, capacitación o entrenamiento de acuerdo al cronograma presentado al inicio de la ejecución del contrato.		
Presentar el Plan de Manejo Ambiental para la mitigación de los aspectos e impactos ambientales generados en sus actividades productivas, todos los programas documentados en mencionado Plan, deben contener el alcance, objetivos, responsables, descripción de actividades, cronograma e indicadores que serán del control de la empresa contratista.		
• Garantizar la presentación y disponibilidad de las hojas de seguridad de todas las sustancias químicas utilizadas para la limpieza y desinfección, de igual forma las especificaciones técnicas de cada producto y deberá dar amplia instrucción al personal bajo su cargo en el uso adecuado de los mismos y a la atención de los riesgos asociados a derrames de estos, conservando los registros de socialización o capacitación. Por otro lado, los recipientes que los contenga deberá tener su respectivo rotulo de identificación, indicando el grado de peligrosidad y compatibilidad para su almacenamiento. Presentar el certificado Registro de generadores de residuos o desechos peligrosos RESPEL, expedido por la autoridad ambiental competente, en el Departamento del valle del Cauca.		

NOTA: CON LA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO DEJO CONSTANCIA QUE ME COMPROMETO CON LO AQUÍ EXPUESTO.

Atentamente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.:_____

FORMULARIO

CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES, INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No4

Ciudad.

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del futuro contrato o convenio, en caso de ser adjudicatario, manifiesto bajo la gravedad de juramento que tanto mi persona como la empresa a la cual represento no nos encontramos incurso en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, los de la Ley 734 de 2002 ,"*por la cual se expide el Código Disciplinario Único"*, 1474 de 2011 y los del Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004, que establece: *"Falso testimonio". El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años".*

Cordialmente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.:_____

FORMULARIO

FORMULARIO DE COMPROMISO SGSST

Ciudad, seleccionar la fecha.
Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Mínima Cuantía Número PN RASES4 MIC 130/2022 cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.**
El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal . domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"*****,** en lo siguiente:

> *"La Policía Nacional de Colombia, en el ejercicio de su función de mantenimiento de seguridad y convivencia ciudadana, manifiesta su compromiso con la protección de la seguridad y salud en el trabajo de todos los funcionarios uniformados, no uniformados, contratistas y trabajadores en misión, mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos laborales en todos los niveles de la Institución; para ello destinará el capital humano, financiero y tecnológico, que permita el cumplimiento de los requerimientos legales y las acciones de mejora continua".*

PERSONA JURÍDICA
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a mi actividad económica, clase de riesgo y tamaño de la empresa, actualizando los documentos técnicos y cumplimientos asociados al objeto del presente contrato**.**

PERSONA NATURAL
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fui contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones policiales en donde preste mis servicios.
Nota: seleccionar, según corresponda.
De igual manera en la ejecución del contrato adicional a los requerimientos exigidos para su ejecución, la persona natural o jurídica deberá:

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.
- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.
- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.

- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

Las personas **jurídicas** deben diligenciar la lista de chequeo que evidencie el cumplimiento a la Resolución 0312 del 2019 "*Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST*, considerando lo siguiente:

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III

2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.

3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

La verificación al cumplimiento de lo antes descrito será efectuada por el supervisor del contrato.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

Nota: Este formulario se actualizará por parte de las unidades dueñas de la necesidad en coordinación con el responsable del Sistema de Gestión de SST de la unidad, cada vez que se requiera, de acuerdo con la actualización de la normatividad, política y objetivos del SG-SST de la Policía Nacional

Formulario

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES4 MIC 130/2022 cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente). domiciliado en Domicilio de la persona firmante , identificado con Documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal Seleccionar la opción correspondiente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Elegir la modalidad de contratación, para la celebración de un contrato estatal para. Transcribir el objeto del proceso.

Segundo: que el **proponente** entiende que parte de la información a la cual tendrá acceso por causa o con ocasión de los procesos de contratación descritos en el numeral anterior se encuentra sujeta a reserva legal por tratarse de actividades relacionadas con la defensa y seguridad de la nación.

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **policía nacional** o por terceros formalmente designados para el efecto.

2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **policía nacional** y/o sus designados.

3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.

4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

5. Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Policía Nacional**.

6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **contrato**.

7. El **proponente** mantendrá una lista de usuarios de la **información confidencial** que será entregada al **proponente** cuando lo solicite.

8. Utilizar única y exclusivamente la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el contrato**.**

9. No utilizar la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **contrato**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.

10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **contrato**.

11. No usar la **información confidencial** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la **policía nacional**.

12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la **información confidencial**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la **Policía Nacional**.

13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO

ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Proceso de Contratación PN RASES4 MIC 130/2022,

Cali,

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Cali – Valle del Cauca

Yo _____ Identificado (a) con cédula de ciudadanía Nro. _____ expedida en _____ certifico que lo que los activos y recursos que conforman el patrimonio de la empresa o establecimiento de comercio (según corresponda) _____ Nit. _____, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se destinaran para el desarrollo del proceso de MINIMA CUANTIA número **PN RASES4 MIC 130/2022,** cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.**

Manifestación que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento.

Atentamente;

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

FORMULARIO No. 9

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

NOTA: DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA

1.TIPO DE BENEFICIARIO

1. Consorcio o Unión Temporal	☐	1.10 Persona Natural Extranjera	☐
1.1 Departamento	☐	1.11 Persona Natural Nacional	☐
1.2 Empresa Pública Nacional no Financiera	☐	1.12 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	☐
1.3 Empresa Pública Nacional Financiera	☐	1.13 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	☐
1.4 Establecimiento Público Nacional	☐	1.14 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	☐
1.5 Gobierno Extranjero	☐	1.15 Regional sin NIT Especial	☐
1.6 Municipio	☐	1.16 Resguardo	☐
1.7 Otra Pública Departamental	☐	1.17 Sociedad de Economía Mixta	☐
1.8 Otra Pública Municipal	☐	1.18 Universidad Pública	☐
1.9 Otro Beneficiario	☐	1.19 Empresa Industrial y Comercial del Estado	☐

2.TIPO DE DOCUMENTO

1.1 Cédula de Ciudadanía	☐	1.4 Otro Tipo de Documento	☐
1.2 Cédula de Extranjería	☐	1.5 Pasaporte	☐
1.3 Número de Identificación Tributaria (FOTOCOPIA NIT)	☐	1.6 Tarjeta de Identidad	☐

NUMERO DEL DOCUMENTO ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3.NOMBRE O RAZON SOCIAL _____

4.PAIS _____

5.CIUDAD _____

6.TELEFONO Y FAX _____

7.DIRECCION _____

INFORMACION DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA _____

2.NUMERO DE LA CUENTA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3.CLASE DE CUENTA **CORRIENTE** ☐ **AHORROS** ☐

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA _____

_____ _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

FORMULARIO No. 10

FORMATO IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO

Este anexo debe ser diligenciado para todo el personal que conforma el Recurso Humano ofertado.

Para cada profesional ofertado se deberá diligenciar un formato.

La Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en salud No.4 se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha:
Nombres y Apellidos:
Cédula de Ciudadanía:
Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad:
Profesión:
Institución Educativa:
No Registro Profesional (si aplica):
Título Obtenido:
Especializaciones:
Tiempo de Experiencia en la Práctica de los Procedimientos Objeto de la Contratación
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente:
_____ **Firma del Profesional** _____ **Firma del Representante Legal**

REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS (INFORMATIVO)

Código: 3SS-FR-0006 Fecha: 24/10/2018 Versión: 3	**PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** **REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**	POLICÍA NACIONAL

El reporte de eventos que usted va a realizar nos permite identificar riesgos y situaciones que ayudarán a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes dentro del Programa de Seguridad del Paciente

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL:

FECHA DE NOTIFICACIÓN DD MM AA — **CÓDIGO DE REPORTE:**

ATENCIÓN: Los campos identificados con el PUNTO NEGRO corresponden a la mínima información necesaria para que el evento pueda ser evaluado y por tanto deben ser diligenciados en su totalidad

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. NOMBRES Y APELLIDOS •	2. HISTORIA CLÍNICA •

3. DIAGNÓSTICO	4. EDAD	5. SEXO F	5. SEXO M	6. HABITACIÓN

7. MÉDICO TRATANTE:

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

8. FECHA OCURRENCIA DD	MM	AA	9. HORA am	pm	10. ÁMBITO DE OCURRENCIA Ambulatorio	Hospitalario	Urgencias	Procedimientos diagnósticos

11. NOMBRE DEL SERVICIO:

12. DESCRIPCIÓN

13. TIPO DE EVENTO	ADVERSO	INCIDENTE	COMPLICACIÓN	14. SEVERIDAD DEL EVENTO	SEVERO	MODERADO	LEVE	NO DAÑO

Evento adverso: Todo daño al paciente que se produce de manera no intencional y es atribuible a la atención en salud.

Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención de salud de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Complicacion: Daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad, o a las condiciones propias del paciente.

III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: (Diligencie este campo cuando el evento este relacionado con los medicamentos o dispositivos médicos. Marque **M** para el caso de Medicamentos y **DM** para el caso de dispositivo médico)

M	DM	15. NOMBRE •	16. DOSIS/REGIMEN/VÍA	17. LOTE	18. REFERENCIA/MODE	19. SERIE	20. FABRICANTE

IV. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE

21. NOMBRES Y APELLIDOS	22. CARGO	23. SERVICIO

V. ANÁLISIS DE CAUSAS

PACIENTE Y FAMILIA

* Condiciones anatómicas y psicológicas del paciente.
* No acatamiento de normas de seguridad del hospital.
* Poca colaboración del paciente
* Suministro de información insuficiente sobre antecedentes

MÉTODOS Y PROCESOS

* No existen procesos para el desarrollo de la tarea.
* Etapas del proceso poco claras o definidas.
* No se dispone de protocolos o estándares.
* Los protocolo y estándares no están

MEDIO AMBIENTE ENTORNO HOSPITALARIO

* Congestión, desorden, falta de espacio.
* Temperatura, luz, humedad, ruido
* Falta de suministro de agua, energía, aire, etc.
* Estructura y diseño de las

EVENTO PRESENTADO

MEDICAMENTOS , DISPOSITIVOS MEDICOS (MÉDICO QUIRÚRGICO, EQUIPOS BIOMÉDICOS, REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO)

* Preparación o acondicionamiento
*Productos defectuosos
*Claridad en etiquetas o instructivos.
*Falta de funcionamiento.
*No disponibilidad

MANO DE OBRA (FACTOR HUMANO)

*Decisiones erradas
*Personal insuficiente
*Lapsusu o distracciones
*Falta de conocimiento y entrenamiento
*Incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo
*Errores en el manejo del sistema de información
*Exceso de confianza

OTRAS CAUSAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	QUIÉN	CUÁNDO DD	MM	AAAA	DD	VERIFICACIÓN	AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA

VII. VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN Y CIERRE DEL REPORTE

Fecha de verificación DD	MM	AAAA	Jefe del área	Responsable Seguridad del Paciente

Nota: este formato solo lo deberá diligenciar el oferente a quien se le adjudique el proceso y en caso de que se llegue a presentar un EVENTO ADVERSO o INCIDENTE, durante la ejecución del contrato (leer ANEXO 3 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA)

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

3SS-FR-0006 "REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS"

Ocurrencia o presencia de un error en la atención en salud dentro del ámbito hospitalario.

Se debe diligenciar formato y registrar en historia clínica que se “reporta en formato”.

Debe diligenciarse en letra legible preferiblemente.

Registre de manera completa el nombre del Establecimiento de Sanidad Policial en el cual ocurrió el evento.

Registre el día, mes y año en que se notifica el evento.

No registre nada en Código de reporte (este código lo asignará el equipo de seguridad del paciente del ESP o de la USP)

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. Escribir completos nombre y apellidos del paciente
2. Número de historia clínica
3. Registre el código de diagnóstico principal que registra el paciente
4. Registre la edad en años del paciente
5. Marque con una X el sexo del paciente
6. Registre el número de la habilitación donde se encuentra hospitalizado el paciente (cuando aplique)
7. Registre el nombre completo de médico tratante.

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

8. Registrar fecha de ocurrencia en formato día, mes y año

9. Registrar la hora de ocurrencia del evento y marcar con una X si el evento fue en la mañana (am) o si fue en la tarde (pm)

10. Seleccione y marque con X el Ámbito de ocurrencia del evento según corresponda: ambulatorio, hospitalario, urgencias y procedimientos diagnósticos.

11. Nombre del servicio donde ocurrió el evento

12. Descripción: en forma sucinta exponer lo sucedido.

Los ítems.13 y 14 se diligencian posterior al análisis del evento realizado por el equipo de seguridad del paciente con personal convocado para esto.

III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: Espacio exclusivo para registrar este tipo de eventos, marque con X si corresponde M = medicamento y DM= dispositivo médico.

Del ítem 15 al 20 Registrar nombre del medicamento o dispositivo médico, dosis, régimen y vía, lote, referencia, modelo, serie y fabricante (Aplica para dispositivos médicos)

IV. INFORMACION DEL REPORTANTE: Del ítem 21 al 23 registrar nombres y apellidos, cargo y servicio donde labora

V. CON EL PROPOSITO DE CREAR CONCIENCIA EN LOS SERVICIOS ES IMPORTANTE, realizar el análisis causa raíz como insumo para el análisis del Protocolo de Londres que realizará el Grupo de Seguridad del Paciente y para inducir al respectivo plan de mejoramiento.

En el análisis causa raíz se preseleccionaron las siguientes variables: Paciente y Familia, Métodos y procesos, Medio ambiente – entorno hospitalario, Medicamentos o dispositivos y mano de obra, en cada uno de estos hay unos factores contemplados para seleccionar el que corresponda en cada situación. En caso de no encontrar el ítem, registrar la causa en “OTRAS CAUSAS” que consideren contribuyó a generar el evento.

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

Registrar la causa o causas identificadas que condujeron a la presencia del evento. Que se va hacer (TAREA) y quien lo va hacer (RESPONSABLE) con las fechas de cumplimiento y de verificación.

Esta parte nos ayudará para el seguimiento al cumplimiento de la mejora de los mismos.

VII. VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN Y CIERRE DEL REPORTE

Fecha de verificación, debe firmar el jefe del Área o Servicio y el Responsable de Seguridad del Paciente.

El formato debe ser remitido al Grupo de Seguridad del Paciente, para su respectiva intervención, quienes se encargan de la verificación de datos y análisis respectivo.

Retroalimentación con el servicio respectivo.

Tener presente que deben ser reportados en un término de 24 horas los eventos, esto con el objeto de cumplir con el aprendizaje organizacional.

Es responsabilidad de reportar de quien le ocurre, o quien observa. Evitemos que sean los familiares los que lo den a conocer a través de quejas o demandas.

Tenga presente que un oportuno reporte le protege ante una demanda.