Contrato No. **068-8-200022-23 (SFI 022) REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5**

Bucaramanga,

Señora
AHIDDA LUCIA RIZO VERJEL
Representante Legal
DROGASALUD OCAÑA S.A.S.
NIT. 901311634-2
Carrera 13 # 9-13 Ocaña Norte de Santander
Teléfono: 5690427
E-MAIL: drogasalud28@hotmail.com
Ocaña, Norte de Santander.

Asunto: Aceptación Oferta proceso No. PN RASES No. 5 MIC 017 2023

Con toda atención me permito informarle que la propuesta presentada por usted dentro del proceso **PN RASES No. 5 MIC 017 2023,** cuyo objeto es el ***"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ACUERDO 080 DEL 2022 PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEORAMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER",*** por la suma de **TREINA MILLONES DE PESOS ($30.000.000) INCLUIDO IVA,** ha sido aceptada por esta Regional de Aseguramiento, así:

CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
ORDENADOR DEL GASTO	Teniente Coronel CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	74.370.422 de Duitama, Boyacá.
CARGO	JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5.
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Orden Interna Número 078 del 06 de mayo 2021, expedida por la Dirección de Sanidad
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	De acuerdo con los términos de la delegación para contratar establecidos en la Resolución No. 00684 de 18 de marzo de 2022, emanada por la Dirección General de la Policía Nacional y orden interna 078 del 06 de mayo 2021, emanada de la Dirección de Sanidad.
CONTRATISTA	**ENTIDAD**: **DROGASALUD OCAÑA S.A.S.** **NIT**: 901311634-2 **Representante Legal:** AHIDDA LUCIA RIZO VERJEL **Cedula de Ciudadanía** No. 27.813.643 de San Calixto – Norte de Santander **CIUDAD NOTIFICACIÓN**: Ocaña – Norte de Santander **DIRECCIÓN**: Carrera 13 # 9-13 Ocaña Norte de Santander **Teléfono**: 5690427 **E-MAIL:** drogasalud28@hotmail.com
SUPERVISOR DEL CONTRATO	La Supervisión del contrato será llevada a cabo por el funcionario **JEFE GRUPO DE MEDICINA LABORAL** de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander o quien haga sus veces o quien con posterioridad designe el ordenador del gasto, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo a lo normado en la Ley 1474 de 2011 y conforme a lo establecido en la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014". • El supervisor del contrato realizara seguimiento continuo, garantizando la eficiente y oportuna inversión de los recursos del contrato, debiendo ceñirse a las condiciones y términos convenido en el contrato, así mismo, verificara cualquier hecho o circunstancia constitutiva de incumplimiento de lo pactado, rindiendo un informe

	inmediatamente al contratista, proveedor, jefe de la Unidad Prestadora de Salud norte de Santander y al ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5, como contratante. • Informará periódicamente al ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5, el porcentaje de ejecución del contrato en el formato establecido código: 2BS-FR-0019, versión 5 del 12 de marzo de 2021, informe supervisores seguimiento contractual. • Subirá los documentos soporte ejecución de contrato "constancia recibida a satisfacción, informe supervisores seguimiento contractual, certificación de parafiscales, planillas de pagos, con un plazo máximo de 3 días posteriores a su diligenciamiento en el área de trabajo de la ejecución del contrato, en el sistema electrónico de contratación pública SECOP II. • Mantendrá permanente en vigilancia los servicios contratados, verificando los plazos, términos y condiciones, conforme lo descrito en el contrato. • Dara cumplimiento a la resolución 00090 del 15 de enero de 2018, emanada de la Dirección General de la Policía Nacional. "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante resolución 03049 de 2014", y en la Ley 1474 de 2011 artículos 82 a 86. • Tendrá la obligación de solicitar acompañamiento de carácter técnico, económico y jurídico, de requerirlo, para la supervisión y control de la ejecución del contrato, de las direcciones y especialidades institucionales que cuenten con la formación técnica o profesional en el área respectiva que el supervisor requiera.
FORMA DE PAGO	La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación, deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato. **NOTA:** Para todos los casos se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 11 de la ley 1150 de 2007 que hace referencia a la asignación de turno para efectuar los pagos una vez se presenten las cuentas de cobros o facturas por servicios recibidos, si los documentos en referencia son devueltos por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5, 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. **RADICACIÓN DE FACTURAS:** El contratista estará en la obligación, a partir del inicio de la ejecución del contrato, a cargar en la plataforma de Colombia Compra Eficiente - SECOP II las facturas y a presentar mensualmente en la ventanilla única de central de cuentas de UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, la facturación en medio físico de los servicios prestados en el mes INMEDIATAMENTE ANTERIOR de la ejecución del contrato. La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) al correo de central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 jhonny.orduna@correo.policia.gov.co de los servicios prestados se debe hacer dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando código CUPS y el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Se debe anexar en medio magnético los soportes objeto de cobro de cada uno de las atenciones prestadas a los

usuarios.

Todos los pagos a que se compromete la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 serán cancelados dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

PARÁGRAFO PRIMERO: Documentos que se deben presentar para el pago de los SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS ASÍ:

Con relación a la comunicación oficial S-2021001013-REGI5, el prestador del servicio de salud de la red externa, deberá cargar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el módulo de Radicación de Cuentas Medicas "SISAP WEB" de la Dirección de Sanidad, con el fin de ser validados siguiendo los lineamientos establecidos para ello.

Enviar la facturación en físico con el respectivo certificado de pre-radicado del Módulo de Radicación de Cuentas Medicas los diez (10) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander ubicada en la calle 22 N 2E 03 urbanización tasajero, con los siguientes soportes:

- Certificado de Pre radicado generado en el Módulo de radicación de Cuentas Medicas.
- Factura comercial en original y copia, donde se estipule cada servicio prestado con su respectivo código (CUPS), individual por cada paciente (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de ley artículos 616-1, 616-3, 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio Modificado ley 1231 de 2008) este documento debe estar a nombre de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.
- Recibo a satisfacción de la prestación de servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO.
- Original de la boleta de autorización (orden de servicio externo) expedida por los funcionarios de la oficina de referencia y contra referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER adicionando los siguientes documentos:

  a) Fotocopia de los resultados de exámenes paraclínicos y demás ayudas diagnósticas, incluidas las lecturas correspondientes.

  b) Facturas con soportes: orden de servicio externo, con la firma del usuario del servicio recibido a satisfacción, anexando copia de documento de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil).

- Facturar los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos según la tarifa presentada por la entidad en la oferta económica presentada.
- Los servicios de ALTO COSTO deben ser facturados de manera individual y separados de los demás servicios incluidos en el Plan de Beneficios, identificando la factura con el servicio prestado según corresponda. Dicha factura deberá traer los respectivos soportes establecidos en la presente cláusula, incluida la lectura de las ayudas diagnósticas.
- Anexar los documentos soportes de acuerdo al anexo No. 5 de la Resolución 4331 del 19 de diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 del 2008 y demás soportes que requiera la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 para realizar la auditoria respectiva.
- En lo referente a los RIPS, el CONTRATISTA debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. para lo cual la entidad deberá cargar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el Módulo de Radicación de Cuentas Medicas "SISAP WEB" de la Dirección de Sanidad, con el fin de ser validados siguiendo los lineamientos establecidos para ello.
- Recibo de pago de aportes parafiscales y de seguridad social actualizado según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012, donde se especifique el mes de pago

	del mismo, de igual manera anexar en los casos que apliquen la planilla pila. • Fotocopia de la hoja del contrato en donde se encuentra el registro presupuestal. NOTA: Una vez se surta el proceso completo de auditoría médica a las facturas presentadas por parte del contratista, le corresponderá a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER enviar en físico (original) a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 ubicada en la Calle 60 N° 27 – 82 Conucos - Bucaramanga, la facturación con la correspondiente documentación foliada y organizada para realizar la gestión del pago de los servicios prestados. Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los servicios que fueron prestados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación. De conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020, el Ministerio de Hacienda implemento la plataforma Olimpia, mediante el cual se ejecutará el proceso de recepción de facturas electrónicas de venta, notas débito y notas crédito al igual que el proceso de recepción de documentos electrónicos para el pago de las obligaciones, por lo anterior, el contratista también deberá radicar las facturas de manera electrónica en dicha plataforma, 1. Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN. 2. Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo. 3. El prestador deberá enviar las facturas electrónicas de venta (factura por factura) al correo electrónico que defina el supervisor: jhonny.orduna@correo.policia.gov.co adjuntando el documento .ZIP (documentos XML y PDF) generados por el operador electrónico; el asunto del correo deberá ser estrictamente como se indica por parte del supervisor del contrato. 4. Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML). 5. En caso de que el nivel central se realice modificación para el trámite de facturación y pago de los servicios contratados, el contratista se compromete ajustarse a estos a través de las plataformas y/o medios que se dispongan para los mismos, para lo anterior se contara con un tiempo prudencial de 30 días con el objeto que las partes identifiquen plenamente la funcionalidad de la plataforma y/o medios que se requieren implementar. **Nota importante:** De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin. Dando aplicabilidad a la ley 594 de 2000 ley general de archivo, la presentación de las facturas de los servicios prestados deberá ser en una carpeta color blanco desacificada en propalcote para organización de archivos tamaño oficio, la documentación que va a ser objeto de foliación debe estar previamente ordenada, respetando el principio de orden original, ubicando los documentos en las unidades de conservación, de acuerdo con la secuencia lógica de los trámites, en forma cronológica. Los documentos objeto de foliación, deben ser depurados, es decir, se les deben retirar copias o duplicados idénticos, folios en blanco, documentos de soporte o apoyo, material metálico (ganchos legajadores de metal, clips de metal o grapas). Las carpetas que no cumplan con las especificaciones anteriormente dispuestas serán devueltas desde la ventanilla de radicación. CAUSALES DE NO PAGO a) Todo servicio prestado que no cuente con el formato de autorización por parte de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander. b) Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el Decreto 4747/2007. c) Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente. d) LOS SERVICIOS QUE NO CUENTEN CON EL DEBIDO RESPALDO DE AUTORIZACIÓN O NOTIFICACIÓN EMITIDA POR LA OFICINA DE REFERENCIA y

CONTRAREFERENCIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER EN LA CIUDAD DE CÚCUTA.

e) Para las actividades programadas como consulta externa, la autorización debe ser expedida con fecha anterior o igual a la fecha de prestación del servicio. Serán objeto de glosa los servicios prestados con autorizaciones posteriores a la fecha de prestación del servicio.

f) La atención del evento adverso prevenible o evitable, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente", según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social deberá ser notificado, gestionado e informado. Todo evento adverso deberá ser sometido a análisis conjunto realizado por el Comité de Garantía de Calidad o quien haga sus veces de la entidad Contratante y de la entidad Contratista.

g) Todo bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN y aprobado por esa instancia del Nivel Central. Nota: Se aclara que la Dirección de Sanidad continúa implementando el procedimiento descrito en las obligaciones del contrato para aquellos servicios, procedimientos e insumos no contemplados en el Acuerdo 002 de abril del 2001 del CSSMP y Acuerdo 080 del 2022 del SSMP y específicamente para las solicitudes por Comité Técnico Científico CTC.

h) Todo bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN.

i) Las contempladas en la Resolución 4331 del 19 de diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

OBJECIONES Y GLOSAS.

DECRETO 4747de 2007 Artículo 23. Trámite de glosas. Resolución 4331 del 19 de diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y Ley 1438 de 2011. La entidad deberá dar respuesta a las glosas notificadas por la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar justificadamente, que la glosa no tiene lugar. En caso de no dar respuesta se entenderá como aceptada y se procederá a realizar su respectivo trámite. El valor de la factura que no fue objetado, continuará con el trámite de pago establecido en la presente cláusula Forma de Pago.

La respuesta de glosa deberá ser presentada de forma integral según la totalidad de las glosas presentadas por cada radicado. Aquellas glosas que no sean respondidas de acuerdo a esto o según los términos establecidos en la normatividad, se darán como automáticamente aceptadas por la IPS.

Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad.

Con el fin de agilizar la auditoría de cuentas médicas específicamente de las atenciones prestadas en el servicio de hospitalización y servicios de alto costo, junto con la factura se deberá anexar un CD que contenga en medio magnético copia de la historia clínica del paciente.

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

NOMBRE BENEFICIARIO: DROGASALUD OCAÑA SAS
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 31800034984

VALOR

El valor estimado para el presente proceso contractual es de **TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 30.000.000) INCLUIDO IVA**, Correspondiente al presupuesto de la vigencia fiscal 2023:

ÍTEM Y/O	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO,	VALOR TOTAL ESTIMADO

	LOTE						INLCUIDO IVA,	INLCUIDO IVA,
	1	A-02-02-01-003-005	UPRES DENOR	SERVICIOS DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	16	1	$ 30.000.000	$ 30.000.000
	VALOR TOTAL ESTIMADO							$ 30.000.000

APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	El anterior presupuesto está amparado con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF No. 33723** del **13 de marzo de 2023**, expedido por la Jefatura de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5, por el valor total de **TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 30.000.000) INCLUIDO IVA**.
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	Las contempladas en el **Anexo No. 1** del presente documento.
GARANTIA UNICA	Dentro de los **TRES** (3) días hábiles siguientes a la publicación de la aceptación de oferta, el CONTRATISTA deberá constituir y presentar a favor de la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5**, NIT 804012688-5, la Garantía Única que cubra los siguientes riesgos: **1. GARANTÍA ÚNICA:** **a). DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** Por el **VEINTE POR CIENTO (20%)** del valor de la aceptación de oferta, vigente por un término igual a la vigencia del contrato y sesenta (60) días más. Esto es hasta el día **31/01/2024** **b). CALIDAD DEL SERVICIO:** Por el **CINCUENTA POR CIENTO (50%)** del valor de la aceptación de oferta, vigente por un término igual a la vigencia del contrato y sesenta (60) días más. Esto es hasta el día **30/06/2024.** **C). DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES:** Por el **CINCO POR CIENTO (5%)** del valor total de la aceptación de oferta. Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y tres (3) años más. Esto es hasta el día **30/11/2026.** **EN LA PÓLIZA DEBE SEÑALARSE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO.** **NOTA: LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 SE PERMITE INFORMAR QUE NO SE ACEPTAN PÓLIZAS GLOBALES, LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEBE SER EXPEDIDA DIRECTAMENTE PARA EL CONTRATO QUE SE LLEGARE A SUSCRIBIR.** **PARÁGRAFO PRIMERO: En caso de constituirse póliza, en la misma deberá indicar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de exclusión.**
SANCIONES	**1. SANCIONES:** **MULTAS.-a).** En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas de la presente aceptación de oferta por causas imputables al **CONTRATISTA** - salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a las definiciones del artículo 1° de la Ley 95 de 1.890 - las partes acuerdan que la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5,** mediante acto administrativo, hará efectivas multas sucesivas, cuyo valor se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0,5%) del valor dejado de cumplir o entregar, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario, que se descontara del saldo que le adeuda a la entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo, en el que se expresará las causas que dieron lugar a ella. **b).** La no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización, Multa cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato, la multa se aplicará por cada día de retardo y hasta por 10 días. **2. PENAL PECUNIARIA.** De conformidad con lo previsto en los artículos 1592 y 1599 del código civil colombiano, en

caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas de la presente aceptación de oferta, **EL CONTRATISTA** pagará a la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 5,** a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al **VEINTE POR CIENTO** (20%) del valor de la aceptación de oferta cuando se trate de incumplimiento total de la oferta y proporcional al incumplimiento parcial de la aceptación de oferta que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el literal a) del presente artículo. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en la presente aceptación de oferta. **PARÁGRAFO.- APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se hace efectiva alguna de las sanciones aquí estipuladas, el **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que el **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del **CONTRATISTA** si lo hubiere, o acudir a cobro coactivo.

3. El procedimiento para la imposición de las multas y sanciones, se sujetará a lo previsto en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y a la Resolución No. 3049 de 2014 "Por la cual se adopta el nuevo Manual de Contratación de la Policía Nacional: 1. Recibido el informe del supervisor en el que se señale un posible incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, el Grupo de contratos o la dependencia que haga sus veces, remitirá al ordenador un informe con la relación detallada de los hechos en que se funda el eventual incumplimiento del contratista, las actuaciones llevadas a cabo por el interventor o supervisor del contrato y la pertinencia de la imposición de multa, sanción o declaratoria de incumplimiento, según corresponda. Dicho documento deberá estar acompañado del informe de interventoría o de supervisión. 2. La asesoría jurídica de la entidad verificará el informe presentado por el Grupo de Contratos o la dependencia que haga sus veces, efectuará el análisis correspondiente y lo presentará al delegatario contractual, quien con arreglo a dicho análisis, ordenará la citación a audiencia al contratista. El documento de citación estará a cargo de la asesoría jurídica de la entidad y contendrá: a) La mención expresa y detallada de los hechos que la soportan; b) La enunciación de las normas o cláusulas posiblemente violadas; c) La mención de las consecuencias que podrían derivarse para la contratista en desarrollo de la actuación; d) El Lugar, fecha y hora para la realización de la audiencia.
NOTA 1. La determinación de la fecha de realización de la audiencia deberá obedecer a la naturaleza del contrato y a la periodicidad establecida para el cumplimiento de las obligaciones contractuales. (Literal a) art. 86 ley 1474 de 2011).

NOTA 2. La citación será suscrita por el delegatario contractual y estará acompañada del informe de interventoría o supervisión. A la audiencia deberá ser convocado el interventor o supervisor del contrato.

NOTA 3. En el evento en que la garantía de cumplimiento consista en póliza de seguros, el garante será citado de la misma manera. 3. La audiencia será presidida por el ordenador, una vez instalada se procederá a constatar la asistencia y a instruir a los participantes sobre la forma como se desarrollará. Surtido lo anterior el ordenador hará la presentación de las circunstancias de hecho que motivan la actuación, enunciando las normas o cláusulas posiblemente violadas y las consecuencias que podrían derivarse para la contratista en desarrollo de la actuación 4. Concluida la intervención del ordenador se concederá el uso de la palabra al representante legal del contratista o a quien lo represente, y al garante, para que presenten sus descargos, para lo cual podrán rendir las explicaciones del caso, aportar pruebas y controvertir las presentadas por la respectiva Unidad Policial. 5. Finalizada la intervención del contratista y la del garante, el delegatario contractual con apoyo en las pruebas e informes que respalden su decisión, ordenará dar lectura de la resolución motivada, proyectado por la asesoría jurídica de la Unidad, en la que se consignará lo ocurrido en desarrollo de la audiencia, y se decidirá sobre la imposición o no de la multa, sanción o declaratoria de incumplimiento. La resolución así expedida se entenderá notificada en la audiencia. Contra la decisión proferida sólo procede el recurso de reposición que se interpondrá, sustentará y decidirá en la misma audiencia. La decisión sobre el recurso se entenderá notificada en la misma audiencia. 6. El delegatario contractual podrá dar por terminada la audiencia en cualquier momento, sí por algún medio tiene conocimiento de la cesación de la situación de incumplimiento. Para el efecto se levantará el acta correspondiente. (Literal d) art.86 ley 1474 de 2011).

NOTA 4. En cualquier momento del desarrollo de la audiencia, el delegatario contractual podrá suspender la audiencia cuando de oficio o a petición de parte, en su criterio resulte necesario para allegar o practicar pruebas que estime conducentes y pertinentes, o cuando por cualquier otra razón debidamente sustentada, resulte necesario para el correcto

	desarrollo de la actuación administrativa. En tal evento, al adoptar la decisión, se señalará fecha y hora para reanudar la audiencia, lo que constará en el acta respectiva. (Literal d) Art.86 ley 1474 de 2011). NOTA 5. Para hacer efectivo el pago de las multas, sanciones pactadas en el contrato, y de la cláusula penal pecuniaria podrá acudirse a descontar el valor de las mismas de las sumas adeudadas al contratista o, a efectuar su cobro a través de la garantía constituida por éste. Para el efecto en el acto administrativo correspondiente se harán las previsiones del caso. Sí por ninguna de estas vías se logra el pago de las sanciones, se acudirá al cobro por jurisdicción coactiva. Si dicho pago no se hubiere efectuado durante el término de duración del contrato, se tendrá en cuenta al momento de su liquidación. (Parágrafo Art.17 ley 1150 de 2007). NOTA 6. De conformidad con lo dispuesto en el numeral 2o del artículo 1° de la ley 80 de 1993, en tratándose de uniones temporales, las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución del contrato de cada uno de sus miembros.
PLAZO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución es **HASTA EL 31 DE JULIO DE 2023**, con inicio a partir de la aprobación de la garantía única o perfeccionamiento del contrato o hasta agotar el presupuesto, una vez cumplido los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.
FORMA DE EJECUCIÓN	El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de tracto sucesivo, de acuerdo a las necesidades de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, previa coordinación con el supervisor del contrato. los puntos de suministro a contratar debe contar con el cumplimiento de las exigencias mínimas según lo contemplado por el Ministerio de Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006 **por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.;** Resolución 3100 del 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares mínimos en prestación de servicios de salud. El suministro de medicamentos se realizará en el municipio de Ocaña para entrega de medicamentos e insumos a los usuarios atendidos por parte médica de Convención, Rio de Oro, González y demás municipios aledaños en el departamento de Policía Norte de Santander.
LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	**LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO**: Los servicios del ***SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022 PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEORAMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER,*** objeto de la presente invitación, se realizarán en la carrera 13 # 9-13 Ocaña Norte de Santander, las instalaciones ofrecidas del contratista una vez los usuarios hayan surtido el trámite de autorización de la orden por parte de la oficina de Redes integrales-referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Norte De Santander, las instalaciones tendrán que estar ubicadas en el municipio de Ocaña Norte de Santander.
VIGENCIA DEL CONTRATO	La vigencia del contrato será igual al Plazo de ejecución y cuatro (04) meses más. Estos cuatro (4) meses son únicos y exclusivamente para efectos de liquidación del contrato.
MONEDA DEL CONTRATO	Pesos colombianos.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	**OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA** Cumplir con el objeto contractual. **2.** Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales evitando dilaciones y trabas. **3.** Cumplir cabalmente con sus obligaciones. Frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar. Sena e ICBF). Por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.

4. Constituir en debida forma y aportar al Grupo de contratos de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. No. 5 RASES dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato.
5. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
6. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
8. 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 sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda.
9. Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional el orden público lo moral y las buenas costumbres.
10. En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas menores de 5 años y adulto mayor.
11. La atención del evento adverso prevenible o evitable, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el SSPN según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de la Protección Social. El evento adverso deberá ser notificado, gestionado e informado a la Oficina de Redes Integrales de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 5. -RASES-. Deberá responder por los eventos adversos prevenibles o evitables, que se generen a los usuarios en desarrollo del presente contrato, según análisis conjunto realizado por el Comité de Garantía de Calidad o quien haga sus veces de la entidad Contratante y de la entidad Contratista
12. La prescripción de medicamentos por urgencias solo se hará para atender la misma. Medicamentos para uso ambulatorio solo podrán ser entregados por la IPS contratista para continuar el tratamiento. La transcripción de la fórmula de medicamentos y autorizaciones de servicios medicos se hará de lunes a domingo en horario de: **Horario en la mañana:** Lunes a viernes 8:00 am a 12:00 meridiano y 14:00 a 18:00 hrs. En las instalaciones de la Unidad Prestadora de Servicios.
13. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
14. El CONTRATISTA debe contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
15. INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:
a. Notificar al Supervisor del contrato en forma oportuna. respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
b. El CONTRATISTA se obliga a generar un reporte QUINCENAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO. Lo anterior a efectos de llevar un mayor control y así no generar interrupciones en la prestación de servicios o que estos se presten sin respaldo presupuestal.
c. **Cuando se haya consumido el 70% del presupuesto asignado en el contrato. el Contratista deberá informar mediante oficio a** La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES **y al Supervisor del contrato. Lo anterior con el fin de no exceder el valor contratado y de esta manera evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo contractual; si llegase a suceder. el Contratante no se hace responsable de la cancelación de las mismas (excepto las atenciones que sean de urgencias).**
d. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DESANTANDER.

FORMATO QUINCENAL
MINISTERIO DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

FECHA:	
ENTIDAD:	

CONTRATO Nro.:	FECHA INICIO:	FECHA TERMINA:

VALOR INICIAL: _____
ADICION Nro. 1 : _____
ADICION Nro. 2 _____
TOTAL : _____

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

16. El proponente garantizará el suministro de los medicamentos de forma inmediata en el momento que el usuario lo requiera, y en caso de no contar con el medicamento, su entrega s no podrá ser superior a 3 días calendario, cumpliendo con el procedimiento establecido.
17. El proponente garantizará en el evento que un medicamento salga del mercado o presente escasez, bien sea por que la casa farmacéutica deja de producirlo, su producción es insuficiente o es retirado del mercado por el INVIMA, el Contratista deberá informar por escrito esta situación al LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD en un término máximo de 48 horas a partir de la presentación del evento, incluyendo los documentos soporte, con el fin de concertar el cambio cuando se considere pertinente.
18. Presentar la facturación los diez (10) primeros días de cada mes en la Ventanilla de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, con los anexos y requerimientos correspondientes descritos en la cláusula Forma de Pago del contrato.
19. El Contratista deberá reportar oportunamente al Supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER Y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.
20. El proponente garantizara que los puntos deben contar con un stock mínimo para suministro de treinta (30) días para que la entrega del medicamento sea de forma inmediata, teniendo en cuenta que la vigencia de la fórmula no es mayor a tres (03) días (72 horas). o quien se delegue, se reserva el derecho de verificación de cumplimiento de esta condición, en cualquier momento.
21. El Contratista deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que se compromete a suministrar los medicamentos garantizando el fácil acceso a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, punto que deberá funcionar a partir del inicio de ejecución del contrato, siete (07), días a la semana de lunes a domingo durante la vigencia del mismo, con horario de atención que no debe ser inferior al horario de las 08:00 a las 18:00 horas en jornada continua y para los sábados y domingo media jornada de 08:00 a 12:00 horas**.** El Contratista contará con una línea telefónica directa, y/o Telefonía Celular atendida por el coordinador del contrato desde el inicio del mismo y durante su vigencia, para que el supervisor del contrato tenga contacto permanente con el proveedor. La línea debe ser atendida de lunes a viernes entre las 08:00 y las 18:00 horas, y los días sábados hasta las 12:00 PM.
22. Los medicamentos que se suministren deberán estar contemplados en el Acuerdo 052 de 2013 del CSSSMP y deben ser dispensados en su denominación común internacional (genérica) según Decreto 2200 de 2005. Los medicamentos que se encuentren regulados en la normatividad vigente. Serán reconocidos con el valor máximo establecido por el Ministerio de la Protección Social en la normatividad que aplica para los mismos En el caso de los medicamentos no incluidos en el Vademécum. Se deberá realizar el trámite a través del Comité Técnico Científico. Por lo que se deberá diligenciar el formato del **ANEXO** (Se anexa formato NO POS y Acuerdo 052 de 2013).
23. Se requiere que el servicio se preste en el municipio de OCAÑA del departamento Norte de Santander, con criterios de oportunidad. Continuidad. Accesibilidad. Seguridad. Eficacia. Eficiencia y pertinencia.
24. Verificar la información del usuario (verificación de derechos) que permita establecer que pertenece al Subsistema de Salud de la POLICIA NACIONAL.
25. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento.
26. EL CONTRATISTA DEBERÁ EXPEDIR PAZ Y SALVO AL MOMENTO DE TERMINACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN EL CUAL CONSTE. LA NO EXISTENCIA DE FACTURACIÓN PENDIENTE POR RADICAR EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES. Y QUE SE ENCUENTRA APTO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO.

	27. El contratista DEBERA EXPEDIR CERTIFICACION MENSUAL EN LA CUAL CONSTE QUE NO TIENE FACTURAS PENDIENTES CON LOS SERVICIOS DEL MES PRESTADOS. **28**. 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. **29.** Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios. **30.** Implementar el sistema de gestión integral de residuos hospitalarios con políticas de manejo interno de residuos. Con el fin de reducir los factores de riesgo a la salud de los usuarios. Prevenir. Mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios. **31.** La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones. Oficios. Avisos. y demás actos proferidos por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato. Hoja de vida. Cámara de comercio. Ect. **32**. Una vez se de carta de inicio al contrato el Oferente debera informar al supervisor la persona enlace, que se encargará de permitir a los usuarios y a las personas que delegue La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 tomar contacto con la farmacia a fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato incluyendo aquellos sobre la oportunidad o autorización de medicamentos, Códigos o tarifas. Del mismo modo y a fin de que resuelvan aquellas eventualidades sobre la referencia y contrareferencia respecto a autorizaciones de medicamentos. **33**. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución el contrato. **34**. El Contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato. Se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social. **35**. El Contratista deberá presentar la Matriz de elementos de protección personal. Donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal. Que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro. Daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato. **36**. El Contratista deberá presentar el Informe de capacitación realizada a los trabajadores. Donde se evidencie la realización de inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo. Y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma de los trabajadores. **37**. Responder dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente las solicitudes de Referenciación y Contrareferencia efectuadas por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. So pena de la aplicación del procedimiento de multas y sanciones **38.** Los medicamentos requeridos que no hayan quedado descritos y que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y/o la resolución 5851 de 2018 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas. Mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos medicamentos. El Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante. La cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato. Quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad. Y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor con el respectivo descuento. Se exceptúa los medicammentos prestados como Urgentes. Los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica. Debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DENOR. Mediante la cual. Se hará la solicitud formal de la atención. Programa éste que cumple con la normatividad vigente. Sobre Referencia y solicitud de autorizaciones. Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen. **39** El Contratista deberá garantizar la dispensación de los bienes objeto del contrato a las tarifas presentadas en la oferta económica (la cual forma parte integral del presente contrato). **40**. 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. **41**. Se desarrollara mensualmente una reunión respecto a lo indicado a fin de realizar el correspondiente seguimiento al contrato. Reunión que contará con el personal que las partes consideren necesario. Elevando un acta escrita de cada reunión celebrada. **42.** El Contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". **43**. Atender con la inmediatez que ordene el juez constitucional los procedimientos que se deban surtir para acatar un fallo de tutela, incidente de desacato, medida provisional y

	demás, generando el apoyo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES para dar cumplimiento a las órdenes judiciales, entregando la información para aportar pruebas, certificaciones y demás requerimientos que se impartan por los entes judiciales. **44.**Certificación del Término para la Entrega de Medicamentos: El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que garantizará el suministro de los medicamentos de forma inmediata en el momento que el usuario lo requiera, y en caso de no contar con el medicamento la entrega de medicamentos no podrá ser superior a 3 días calendario., cumpliendo con el procedimiento establecido. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar la totalidad del ANEXO 14. CERTIFICACION DEL TÉRMINO PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS. **45.**Certificación ante la Escasez o Salida de un Medicamento del Mercado: El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que en el evento que un medicamento salga del mercado o presente escasez, bien sea por que la casa farmacéutica deja de producirlo, su producción es insuficiente o es retirado del mercado por el INVIMA, el Contratista deberá informar por escrito esta situación a La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER en un término máximo de 48 horas a partir de la presentación del evento, incluyendo los documentos soporte, con el fin de concertar el cambio cuando se considere pertinente. Para tal fin se suscribirá la correspondiente modificación al contrato. **46.**certificación SOBRE EL FRACCIONAMIENTO EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS: El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita, el compromiso de entrega de los medicamentos a los usuarios del DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER en forma fraccionada, teniendo en cuenta las presentaciones del medicamento tales como tabletas, cápsulas, grageas, comprimidos, jarabes, sobres, supositorios o ampollas basados en la formulación emitida por el profesional, por ejemplo: Amoxicilina por 500 mg. cápsulas No. 12, se deberá entregar las DOCE (12) cápsulas estipuladas en la fórmula. El proveedor se abstendrá de entregar elementos o productos diferentes a los formulados por el médico autorizador. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar el ANEXO. 18 CERTIFICACION SOBRE EL FRACCIONAMIENTO EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS
OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	**OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No 5** **1.** Una vez se surta el proceso de contratación estatal. Asignar un Supervisor el cual mantendrá la interlocución permanente y directa con **el CONTRATISTA**. **2.** Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto. Exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar. **3.** Recibir a satisfacción los servicios de salud prestados por el **CONTRATISTA.** Cuando estos cumplan con las obligaciones establecidas en el contrato y las especificaciones técnicas contenidas en el Anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO. **4.** Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar. Para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento. **5.** Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto. **6.** Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato. **7.** Rechazar los bienes y/o servicios cuando éstos no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos. **8.** Poner a disposición del **CONTRATISTA** la información que se requiera para la ejecución del contrato. **9.** Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 052 del 2013 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP. **10.** Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN Anexo ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019 (agosto 2). Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" El cual se encuentra como **Anexo** en el presente estudio. **11.** Las demás que por Ley sean establecidas.

De acuerdo a lo anterior, el Comité Evaluador, el señor Subintendente **JHONNY MARTIN ORDUÑA SUAREZ**, (comité técnico) y la Señorita CPS-04 **ANDREA PRADA MONCADA** Abogada de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander (comité Jurídico), recomendaron al señor **JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5**, adjudicar el proceso **PN RASES No. 5 MIC 017 2023** cuyo objeto es el ***"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ACUERDO 080 DEL 2022 PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEORAMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER"***, a la entidad DROGASALUD OCAÑA SAS, **de Nit** 901311634-2, por un valor de **TREINTA MILLONES DE PESOS ($30.000.000) MONEDA CORRIENTE LEGAL COLOMBIANA INCLUIDO IVA,** y con un plazo de ejecución hasta el día **31/07/2023** o hasta agotar el presupuesto asignado, lo que ocurra primero, en atención a que cumplió técnica, jurídica y económicamente, de conformidad con los términos establecidos en la invitación que rigió el proceso y la oferta presentada.

Se adjuntan los siguientes anexos:

ANEXO No. 1: Especificaciones técnicas.

ANEXO No. 2: Oferta Económica.

Atentamente;

Teniente Coronel **CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN**
Jefe REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Elaboró: SI. Oscar Enrique Espinosa Rondón
Sustanciador de Contratos
Revisó: TE: Magnaly González Téllez
Jefe Asuntos Jurídicos RASES No. 5
CT. Erik Gabriel Ramos M
Jefe Grupo de Contratos RASES No. 5
CT. Javier Orlando Martínez Cárdenas
Jefe Administrativo RASES No. 5
Fecha de elaboración: 06/03/2023

"Humanismo y calidad, camino a la excelencia en la sanidad policial"
Calle 60. No. 27-82 Barrio Conucos
Teléfono(s) 6447295 Ext. 7212
Contratosrases5@gmail.com
www.policia.gov.co

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL
POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 5

SIIF		SFI	
CDP	REG	CDP	REG
33723	33223	174	170

UNIDAD ESTADISTICA	SIIF	SFI	DESCRIPCION
	S30	AO	160102 - 1522600

TPO	CLA	CTA	SCTA	OBG	REC	VALOR
A	02	02	02	009	03	**VA $ 30.000.000**
TOTAL						**VT $ 30.000.000**

JEFE DE PRESUPUESTO

FECHA	Marzo 24/2023

ANEXO No. 1

OFERTA ECONÓMICA LISTADO DE PRECIOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS

ITEM	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	VALOR ESTIMADO
1	ACEITE DE RICINO SOLUCIONES ORAL Codigo 1640010	MILILITRO	$ 2.608
2	ACETAMINOFEN + CODEINA 500+30 MG TAB Codigo 210011	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 484
3	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML JARABE/SUSPENSION/ ORAL Codigo 210020	MILILITRO	$ 2.542
4	ACETAMINOFEN de 100 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/SUSPENSION ORAL ORAL Codigo 210030	MILILITRO	$ 2.210
5	ACETAMINOFEN de 500 MILIGRAMOS Codigo 210010	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 99
6	ACETAMINOFEM + TRAMADOL 325+37.5MG Codigo 210012	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	$ 995
7	ACETILCISTEINA 100MG GRANULADO/POLVO ORAL ORAL Codigo 1430051	SOBRE	$ 660
8	ACETILCISTEINA de 10 % SOLUCIONES PARA NEBULIZADORES O Codigo 1430055	MILILITRO	$ 13.131
9	ACETILCISTEINA de 2 % JARABE ORAL Codigo 1430053	MILILITRO	$ 9.659
10	ACETILCISTEINA de 600 GRANULADO/POLVO ORAL ORAL Codigo 1430050	SOBRE	$ 950
11	ACICLOVIR de 2 % JARABE/SUSPENSION/ ORAL ORAL Codigo 1011006	MILILITRO	$ 6.426
12	ACICLOVIR de 200 MILIGRAMOS Codigo 1011010	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 125
13	ACICLOVIR de 3 % CREMA/UNGUENTO/GEL OFTALMICO Codigo 1011029	GRAMO	$ 12.466
14	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ VAGINAL VAGINAL Codigo 1011013	GRAMO	$ 24.302
15	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ / TOPICA (EXTERNA) Codigo 1011015	GRAMO	$ 4.838
16	ACICLOVIR de 800 MILIGRAMOS Codigo 1011011	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 466
17	ACIDO ACETIL SALICILICO de 100 MILIGRAMOS Codigo 1210002	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 98
18	ACIDO ACETIL SALICILICO de 500 MILIGRAMOS Codigo 210031	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 344
19	ACIDO VALPROICO 250MG/5ML JARABE ORAL Codigo 1810200	MILILITRO	$ 6.459
20	ALBENDAZOL 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/ ORAL ORAL Codigo 1060002	SACHET/FRASCO	$ 1.394
21	ALBENDAZOL de 200 MILIGRAMOS Codigo 1060001	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 333
22	ALCOHOL POLIVINILICO 14% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3340002	MILILITRO	$ 6.088
23	ALENDRONATO de 70 MILIGRAMOS Codigo 2146010	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.184
24	ALFAMETILDOPA de 250 MILIGRAMOS Codigo 1212005	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 198
25	ALFAMETILDOPA de 500 MILIGRAMOS Codigo 1212007	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 640
26	ALGINATO DE SODIO + ALUMINI HIDROXIDO+MAGNESIO CARBONAT(063+239)G/100ML SUSPENSIONES ORAL Co	MILILITRO	$ 18.239
27	ALOPURINOL de 100 MILIGRAMOS Codigo 810010	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 104
28	ALOPURINOL de 300 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL C	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 168
29	ALPRAZOLAM de 025 MILIGRAMOS Codigo 1840004	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 116
30	ALPRAZOLAM de 05 MILIGRAMOS Codigo 1840006	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 166
31	ALUMINIO + MAGNESIO HIDROXIDO + SIMETICONA / DIMETILPOLISILOXANO (4+4+04)G SUSPENSIONES ORAL C	MILILITRO	$ 4.756
32	ALUMINIO ACETATO 005% CREMA TOPICA (EXTERNA) Cod	GRAMO	$ 17.611
33	ALUMINIO ACETATO EMULSION/LOCION TOPICA 005 % (EXTERNA) Codigo 3495020	MILILITRO	$ 7.502
34	ALUMINIO ACETATO SOBRE POLVOS TOPICA (EXTERNA) C	SOBRE	$ 501
35	ALUMINIO HIDROXIDO 234 MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 204
36	ALUMINIO HIDROXIDO 6% SUSPENSIONES ORAL Codigo 161001	MILILITRO	$ 3.704
37	AMANTADINA de 100 MILIGRAMOS Codigo 1820010	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 967
38	AMIKACINA 100MG/2ML AMPOLLA L Codigo 1010005	AMPOLLA/VIAL	$ 949
39	AMIKACINA 500MG/2ML AMPOLLA Codigo 1010015	AMPOLLA/VIAL	$ 1.292
40	AMIODARONA de 200 MILIGRAMOS Codigo 1212095	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 218
41	AMITRIPTILINA HCL de 25 MILIGRAMOS Codigo 1830020	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 84
42	AMLODIPINO de 10 MILIGRAMOS Codigo 1220032	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 167
43	AMLODIPINO de 5 MILIGRAMOS Codigo 1220031	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 120
44	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (400+57)MG/5ML JARABE/ ORAL ORAL Codigo 1016001	MILILITRO	$ 28.049
45	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (500+125)MG Codigo 1016002	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 2.678
46	AMOXICILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL ORAL Codigo 1016004	MILILITRO	$ 3.567
47	AMOXICILINA 500MG/5ML JARABE/ ORAL ORAL Codigo 1016005	MILILITRO	$ 5.587
48	AMOXICILINA de 500 MILIGRAMOS Codigo 1016006	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 332
49	AMPICILINA + SULBACTAM 250MG/5ML JARABE/SUSPENSION	MILILITRO	$ 10.215

	ORAL ORAL Codigo 1016026		
50	AMPICILINA + SULBACTAM de 375 MILIGRAMOS Codigo 1016024	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 857
51	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATOSUSPENSION ORAL250MG/5 ML(5%)	MILILITRO	$ 3.037
52	AMPICILINA de 500 MILIGRAMOS Codigo 1016025	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 302
53	ANTIPIRINA + BENZOCAINA GLICERINA 50+10MG GOTAS OTICO AURICULAR Codigo 3210010	MILILITRO	$ 6.489
54	ANTISEPTICO BUCOFARINGEO de 8 % SOLUCIONES ORAL Codigo 3495017	MILILITRO	$ 5.566
55	ASCORBICO ACIDO DE 500 MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 192
56	ATORVASTATINA 20 MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 277
57	ATROPINA SULFATO de 1 % COLIRIO OFTALMICO Codigo 33	MILILITRO	$ 13.071
58	AZITROMICINA 200MG/5ML JARABE/ ORAL ORAL Codigo 10	MILILITRO	$ 5.792
59	AZITROMICINA de 500 MILIGRAMOS Codigo 1014110	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.137
60	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/PULVERIZACION INHALADOR NASAL Codigo 1440020	INHALACIÓN/DISPARO	$ 11.881
61	BECLOMETASONA DIPROPIONA 250MCG/PULVERIZACION INHALADOR BUCAL Codigo 1440021	INHALACIÓN/DISPARO	$ 5.894
62	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/INHALACION AEROSOL BUCAL Codigo 1440010	INHALACIÓN/DISPARO	$ 9.117
63	BENCILO BENZOATOLOCION TOPICA25%	MILILITRO	$ 6.589
64	(PENICILINA G PROCAINICA)POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL400000 UI	AMPOLLA VIAL	$ 1.377
65	(PENICILINA G PROCAINICA)POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL800000 UI	AMPOLLA VIAL	$ 1.516
66	BENZIDAMIDA VAGINAL de 05 % CREMA/UNGUENTO/GEL/ VAGINAL Codigo 3495016	GRAMO	$ 4.442
67	BETAMETASONA 06 % AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 2010119	AMPOLLA/VIAL	$ 6.090
68	BETAMETASONA + ACIDO SALICILICO (005+3)% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA) Codigo 3470008	GRAMO	$ 26.557
69	BETAMETASONA 17 VALERATO de 01 % UNGUENTO TOPICA (EXTERNA) Codigo 3470100	GRAMO	$ 5.665
70	BETAMETASONA de 04 % AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2010118	AMPOLLA/VIAL	$ 3.946
71	BETAMETASONA DIPRO + CLOTRIMAZOL (005+1)% CREMA/ TOPICA (EXTERNA) Codigo 3470010	GRAMO	$ 8.773
72	BETAMETASONA DIPROPIONATO 005% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA) Codigo 3470050	GRAMO	$ 3.569
73	BETAMETASONA+GENTAMICINA (005+01)% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTE Codigo FA006	GRAMO	$ 19.962
74	BETAMETILDIGOXINA 01 MG Codigo 1240001	GRAMO	$ 6.695
75	BETAMETILDIGOXINA 06MG/ML GOTAS ORAL Codigo 124	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.021
76	BIPERIDENO de 2 MILIGRAMOS Codigo 1820036	FRASCO	$ 34.847
77	BIPERIDENO RETARD de 4 MILIGRAMOS Código 1	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 155
78	BISACODILOTAB/CAPS/GRAG/ COMP5MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 85
79	BRIMONIDINA TARTRATO de 2 % COLIRIO OFTALMICO Codigo 3350004	MILILITRO	$ 26.307
80	BROMAZEPAM de 6 MILIGRAMOS Codigo 1840023	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 186
81	BROMAZEPAMTAB/CAPS/GRAG/ COMP3MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.900
82	BROMOCRIPTINA de 25 MILIGRAMOS Codigo 2141010	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 480
83	BUDESONIDA 200MCG/DOSIS de 200 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL Codigo 3220017	INHALACIÓN/DISPARO	$ 25.830
84	BUDESONIDA 50MCG/DOSIS de 50 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL Codigo 3220004	INHALACIÓN/DISPARO	$ 24.679
85	CABERGOLINA de 05 MILIGRAMOS Codigo 2141001	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 6.579
86	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D 600MG+200UI Codigo 2810005	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 171
87	CALCIO CARBONATO 600MG Codigo 2810032	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 141
88	CALCIO FOSFATO + VITAMINA D 600MG+125UI Codigo 2810001	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 213
89	CALCIO FOSFATO 500-600MG Codigo 2810034	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 208
90	CALCITRIOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP050MCG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 482
91	CAPSAICINA 0025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) Codigo 3480001	GRAMO	$ 16.647
92	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 44
93	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 59
94	CARBAMAZEPINA de 20 MILIGRAMOS/MILILITRO SUSPENSIONES ORAL Codigo 1810009	MILILITRO	$ 3.204
95	CARBAMAZEPINA RETARD de 200 MILIGRAMOS Codigo 1810025	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 200
96	CARBAMAZEPINA RETARD de 400 MG TABLETAS DE LIBERACION RETARDADA ORAL Codigo 1810024-2	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 809
97	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA de 10 mg/ml COLIRIO OFTALMICO Codigo 3340014-1	MILILITRO	$ 6.922
98	CARVEDILOL de 25 MILIGRAMOS Codigo 1212004	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 421
99	CARVEDILOL de 625 MILIGRAMOS Codigo 1212002	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 290
100	CARVEDILOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP125MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 350
101	CEFALEXINA 250MG/5ML JARABE/ Codigo 1012066	MILILITRO	$ 6.622

102	CEFALEXINA de 500 MILIGRAMOS Codigo 1012063	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 573
103	CEFRADINAPOLVO PARA SOLUCION PARENTERAL1G	AMPOLLA/VIAL	$ 4.265
104	CEFRADINA COMP500MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 454
105	CETIRIZINA (CLORHIDRATO)SOLUCION ORAL1% (10MG/ML)	MILILITRO	$ 4.152
106	CETIRIZINA de 1 mg/ml JARABE/ oral Codigo 410121	MILILITRO	$ 3.334
107	CETIRIZINA de 10 MILIGRAMOS Codigo 410115	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 172
108	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12) de 1000 mcg AMPOLLA / Codigo 2810050	AMPOLLA/VIAL	$ 1.836
109	CIPROFIBRATO de 100 MILIGRAMOS Codigo	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.110
110	CIPROFLOXACINA + DEXAMETASONA (3+1)MG/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO Codigo 3320040	MILILITRO	$ 5.181
111	CIPROFLOXACINA + FLUOCINOLONA (3+025)MG GOTAS OTICO AURICULAR Codigo 3210005	MILILITRO	$ 20.890
112	CIPROFLOXACINA 03% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3320030	MILILITRO	$ 7.806
113	CIPROFLOXACINA de 250 MILIGRAMOS /PERLA ORAL Codigo 1020095	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 503
114	CIPROFLOXACINA de 500 MILIGRAMOS Codigo 1020096	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 321
115	CIPROTERONA ACETATO+ETILINESTRADIOL (2+0035)MG Codigo 2144016	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 737
116	CLARITROMICINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL ORAL Codigo 1014101	MILILITRO	$ 12.281
117	CLARITROMICINA de 500 MILIGRAMOS Codigo 1014001	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.149
118	CLEMASTINA 2MG/2ML SOLUCION INYECTABLE PARENTERAL Codigo 410030	AMPOLLA/VIAL	$ 12.457
119	CLINDAMICINA 100 MILIGRAMOS OVULO/ Codigo 1015107	OVULO/TABLETA/	$ 3.958
120	CLINDAMICINA de 1 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA) Codigo 3410020	MILILITRO	$ 9.912
121	CLINDAMICINA de 2 % CREMA/GEL/JALE/UNGUENTO VAGINAL VAGINAL Codigo 1015106	GRAMO	$ 17.711
122	CLINDAMICINA de 300 MILIGRAMOS Codigo 1015108	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 861
123	CLOBAZAM de 20 MILIGRAMOS Codigo 1810045	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 653
124	CLOBAZAM de 10 MILIGRAMOS Codigo 1810044	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 705
125	CLOBETASOL PROPIONATO (CREMA) de 005 % CREMA/) Codigo 3470001	GRAMO	$ 10.096
126	CLOBETASOL PROPIONATO (LOCION) de 005 % LOCION TOPICA Codigo 3470002	MILILITRO	$ 17.746
127	CLONAZEPAM de 25 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL Codigo 1810072	MILILITRO	$ 18.319
128	CLONAZEPAM 05MG Codigo 1810065	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 88
129	CLONAZEPAM 2MG Codigo 1810070	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 131
130	CLONIDINA de 015 MILIGRAMOS Codigo 1220090	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 156
131	CLOPIDOGREL de 75 MILIGRAMOS Codigo 1210001	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 330
132	CLORFENIRAMINA / COMP4MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 40
133	CLORFENIRAMINASOLUCION ORAL2MG/5 ML	MILILITRO	$ 2.003
134	CLOROQUINA de 150 MILIGRAMOS Codigo 1070020	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 147
135	CLOTRIMAZOL 1 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) Codigo 3410035	GRAMO	$ 2.454
136	CLOTRIMAZOL de 1 % CREMA/GEL/JALEA/UNGUENTO VAGINAL VAGINAL Codigo 1040030	GRAMO	$ 4.750
137	CLOTRIMAZOL de 100 MILIGRAMOS OVULO/TABLETA VAGINAL VAGINAL Codigo 1040020	ÓVULO/TABLETA VAGINAL	$ 217
138	CLOZAPINA de 100 MILIGRAMOS Codigo 1870001	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 271
139	CLOZAPINA de 25 MILIGRAMOS Codigo 1870050	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 149
140	COLCHICINA de 05 MILIGRAMOS Codigo 810030	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 136
141	COLESTIRAMINA ANHIDRA de 4 GRAMO POLVOS ORAL Codigo 1250010	SOBRE	$ 1.556
142	COLISTINA + NEOMICINA + HIDROCORTISONA (15+5+05)MG/ML GOTAS OTICO AURICULAR Codigo 3210002	MILILITRO	$ 8.114
143	COMPLEJO B (INYECTABLE) MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 2810060	AMPOLLA/VIAL	$ 1.359
144	COMPLEJO B (JARABE) de 120 MILILITRO FRASCO ORAL Codigo 2810080	MILILITRO	$ 2.534
145	COMPLEJO B (TAB) MILIGRAMOS Codigo 2810070	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 192
146	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) ESPUMA de 8 % ESPUMAS TOPICA (EXTERNA) Codigo 34	MILILITRO	$ 5.397
147	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) SOLUCION de 10 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA) Codigo	MILILITRO	$ 4.675
148	CORTICOIDE + ANESTESICO CREMA/UNGUENTO RECTAL	GRAMO	$ 8.014
149	CORTICOIDE + FENILEFRINA (1+012)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 11.682
150	CORTICOIDE + LIDOCAINA (5+60)MG SUPOSITORIO RECTAL	SUPOSITORIO	$ 2.063
151	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1 MG+ 35 MG + (6000-6600 UI)) / ML COLIRIO OFTALMICO Codigo 3320121	MILILITRO	$ 5.294
152	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1-5) MG + 35 MG (3500UI) + (6000 - 10000) UI/ 1 G UNGUENTO OFTALMICO	GRAMO	$ 8.520
153	CORTICOIDE + SULFACETAMIDA + FENILEFRINA 02%+10%+012% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3320080	MILILITRO	$ 9.136
154	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL2% (20MG/ML)	MILILITRO	$ 3.256

155	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL4% (40MG/ML)	MILILITRO	$ 5.258
156	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA2% (20MG/ML)	MILILITRO	$ 3.571
157	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA4% (40MG/ML)	MILILITRO	$ 3.482
158	CROTAMITONLOCION TOPICA10%	MILILITRO	$ 3.055
159	DANAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP200MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 2.229
160	DEFLAZACORT de 30 MILIGRAMOS Codigo 2010121	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 433
161	DEFLAZACORT de 6 MILIGRAMOS Codigo 2010120	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 261
162	DESLORATADINA de 05 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE ORAL ORAL Codigo 410089	MILILITRO	$ 4.892
163	DEXAMETASONA de 04 % AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2010011	AMPOLLA/VIAL	$ 816
164	DIAZEPAM de 10 MILIGRAMOS Codigo 1840070	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 284
165	DICLOFENACO (SODICO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP100MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 139
166	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAVENOSO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 820010	AMPOLLA/VIAL	$ 947
167	DICLOFENACO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO Codigo 3310000	MILILITRO	$ 6.211
168	DICLOFENACO de 50 MILIGRAMOS Codigo 820025	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 118
169	DICLOXACILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL ORAL Codigo 1016158	MILILITRO	$ 7.620
170	DICLOXACILINA de 500 MILIGRAMOS Codigo 1016150	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 352
171	DILTIAZEM de 180 MILIGRAMOS Codigo 1230177	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 492
172	DILTIAZEM de 60 MILIGRAMOS Codigo 1230175	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 179
173	DIMENHIDRINATO 50MG Codigo 1620020	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 138
174	DIPIRONA (METAMISOL SODICO)SOLUCION PARENTERAL25G/5ML	AMPOLLA/VIAL	$ 485
175	DIPIRONA + ISOMETHEPTENO + CAFEINA ANHIDRA (300+50+30)MG/ML JARABE/ ORAL ORAL Codigo 210055	MILILITRO	$ 15.479
176	DIPIRONA 1G/2ML AMPOLLA PARENTERAL Codigo 210050	AMPOLLA/VIAL	$ 675
177	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/COMPRIMIDO/GRAGEA/PERLA Codigo 210040	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 82
178	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL Codigo 210045	MILILITRO	$ 7.795
179	DIPIRONA MAGNESICASOLUCION PARENTERAL2G/5ML	AMPOLLA/VIAL	$ 941
180	DOMPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 513
181	DOMPERIDONE de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/ ORAL ORAL Codigo 1620030	MILILITRO	$ 11.034
182	DORZOLAMIDA CLORHIDRATO 20 MG/ML MILILITRO GOTAS OFTALMICO Codigo 3350030	MILILITRO	$ 15.494
183	DOXICICLINA de 100 MILIGRAMOS Codigo 1030170	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 251
184	DOXOFILINA 100MG/5ML JARABE ORAL Codigo 1440000	MILILITRO	$ 43.842
185	ENALAPRIL de 20 MILIGRAMOS / Codigo 1220035	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 151
186	ENALAPRIL de 5 MILIGRAMOS Codigo 1220038	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 120
187	ERGOTAMINA + CAFEINA (1+100)MG /PERLA ORAL Codigo 210081	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 626
188	ERITROMICINA (ESTEARATO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP500MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 352
189	ERITROMICINA (METILSUCCINATO O ESTEARATO)POLVO PARA SUSPENSION ORAL5% (250MG/5ML) (base)	MILILITRO	$ 5.692
190	ERITROMICINA 4-5 % GRAMO CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) Codigo 3420015	GRAMO	$ 16.709
191	ESPIRAMICINA 3 MUI Codigo 1014170	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.531
192	ESPIRONOLACTONA de 100 MILIGRAMOS Codigo 1220140	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 180
193	ESPIRONOLACTONA de 25 MILIGRAMOS Codigo 1220141	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 77
194	ESTRADIOL de 2 MILIGRAMOS Codigo 2130021	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.153
195	ESTRADIOL / ESTRADIOL + CIPROTERONA 2MG/(2+1) MG MILIGRAMOS Codigo 2130050	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 2.371
196	ESTRADIOL + NORGESTREL (2+05) MCG MICROGRAMOS Codigo 2130009	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.220
197	ESTRIOL de 1 MILIGRAMOS/GRAMO CREMA/GEL/JALEA/UNGUENTO VAGINAL Codigo 2130019	GRAMO	$ 15.524
198	ESTRIOL de 35 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL Codigo 2130018	OVULO	$ 1.715
199	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 03 MILIGRAMOS Codigo 2130110	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.513
200	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 0625 MILIGRAMOS Codigo 2130111	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 525
201	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOSCREMA VAGINAL00625% (0625MG/G)	GRAMO	$ 32.376
202	ETINILESTRADIOL + CLORMADINONA (003+2) MG Codigo 2130000	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 2.120
203	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL (30+150)MCG Codigo 2130006	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 239
204	FENILEFRINA COLIRIO 5 -10% MILILITRO COLIRIO OFTALMICO Codigo 3350040	MILILITRO	$ 11.159
205	FENITOINA SODICA 100MG Codigo 1810090	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 363
206	FENITOINA SODICASUSPENSION ORAL125MG/5 ML (25%)	MILILITRO	$ 13.641

207	FENOXIMETILPENICILINATAB/C	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 713
208	FEXOFENADINA de 120 MILIGRAMOS Codigo 410002	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 841
209	FINASTERIDE de 5 MILIGRAMOS Codigo 2144032	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 878
210	FITOESTROGENOS 40-80MG (ISOFLAVONAS) Codigo 2130140	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 5.595
211	FLUCONAZOL 50MG/5ML JARABE/ ORAL ORAL Codigo 1040062	MILILITRO	$ 5.282
212	FLUCONAZOL de 200 MILIGRAMOS Codigo 1040063	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 521
213	FLUCONAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP150MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 380
214	FLUNARIZINA de 10 MILIGRAMOS Codigo 1230240	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.505
215	FLUOROMETALONA ACETATO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO Codigo 3320153	MILILITRO	$ 2.965
216	FLUOXETINA HCL de 20 MILIGRAMOS Codigo 1830110	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 120
217	FLUOXETINASOLUCION ORAL20MG/5 ML (base)	MILILITRO	$ 4.413
218	FOLICO ACIDO + COMPUESTO DE HIERRO (025-1) + (100-525) MG Codigo 2410050	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 299
219	FOLICO ACIDO de 5 MILIGRAMOS Codigo 2410040	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 154
220	FOLICO ACIDOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 240
221	FOSFATO + BIFOSFATO DE SODIO 6-16% FRASCO ORAL Codigo 1640040-2	MILILITRO	$ 9.928
222	FOSFATO + BIFOSFATO DE SODIO RECTAL MILILITRO ENEMA RECTAL Codigo 1640040-1	MILILITRO	$ 9.946
223	FRACCION FLAVONOIDE MICRONIZADA (DIOSMINA+HESPERIDINA) de 500 MILIGRAMOS Codigo 1230003	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 849
224	FURAZOLIDONA 50MG/15ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/ELIXIR/GOTAS SOLUCION	MILILITRO	$ 2.935
225	FURAZOLIDONA de 100 MILIGRAMOS Codigo 1060006	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 319
226	FUROSEMIDA 20MG/2ML MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 1220150	AMPOLLA/VIAL	$ 1.138
227	FUROSEMIDA de 40 MILIGRAMOS Codigo 1220160	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 240
228	FUSIDICO ACIDO 2% CREMA/UNGUENTO/GEL/ TOPICA (EXTERNA) Codigo 3495110	GRAMO	$ 6.302
229	GABAPENTIN 400MG Codigo 1810175	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 342
230	GABAPENTIN 600MG Codigo 1810176	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 757
231	GEMFIBROZILO de 600 MILIGRAMOS Codigo 1250026	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 186
232	GEMFIBROZILO de 900 MILIGRAMOS Codigo 1250027	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 495
233	GENTAMICINA de 3 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO Codigo 3330031	MILILITRO	$ 5.875
234	GENTAMICINA 160MG/2ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 1010206	AMPOLLA/VIAL	$ 1.055
235	GENTAMICINA 1MG/G CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA) Codigo 3410030	GRAMO	$ 5.985
236	GENTAMICINA 80MG/2ML AMPOLLA PARENTERAL Codigo 1010205	AMPOLLA/VIAL	$ 1.349
237	GINKGO BILOBA EXTRACTO de 40 MILIGRAMOS Codigo 1230270	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 257
238	GINKGO BILOBA / COMP80MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 434
239	GLIBENCLAMIDA de 5 MILIGRAMOS Codigo 2150020	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 361
240	GLICERILO GUAYACOLATO 2% JARABE ORAL Codigo 1420015	MILILITRO	$ 2.069
241	GLICERINA ADULTOS SUPOSITORIO RECTAL Codigo 1640020	SUPOSITORIO	$ 667
242	GLICERINA CARBONATADA de 1 % GOTAS OTICO AURICULAR Codigo 3210015	MILILITRO	$ 2.058
243	GLICERINA NIÑOS SUPOSITORIO RECTAL Codigo 1640030	SUPOSITORIO	$ 703
244	GLICLAZIDA de 80 MILIGRAMOS Codigo 2150024	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 382
245	GLIMEPIRIDA de 2 MILIGRAMOS Codigo 2150022	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 510
246	GLUCOSAMINA de 1500 MILIGRAMOS GRANULADO/POLVO ORAL ORAL Codigo 820008	SOBRE	$ 643
247	HALOPERIDOL de 2 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL Codigo 1870106	MILILITRO	$ 2.349
248	HALOPERIDOL de 5 MILIGRAMOS Codigo 1870090	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 157
249	HALOPERIDOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 203
250	HEPARINA DE BAJO PM de 40 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2411010-2	AMPOLLA/VIAL	$ 14.411
251	HEPARINA DE BAJO PM de 80 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2411018-2	AMPOLLA/VIAL	$ 20.298
252	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR de 60 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2411015-2	AMPOLLA/VIAL	$ 12.836
253	HIDROCLOROTIAZIDA + AMILORIDA (50+5)MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 686
254	HIDROCLOROTIAZIDA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 162
255	HIDROCORTISONA de 05 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	$ 9.748
256	HIDROCORTISONA + AC FUSIDICO (1+2)% CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA) Codigo 3470011	GRAMO	$ 10.999
257	HIDROCORTISONA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) Codigo 3470195	GRAMO	$ 4.784
258	HIDROCORTISONA de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2010050	AMPOLLA/VIAL	$ 2.771
259	HIDROXICINA 025% JARABE/SUSPENSION/EMULSION/ELIXIR/GOTAS SOLUCION	MILILITRO	$ 3.982

260	HIDROXICINA de 25 MILIGRAMOS Codigo 410080	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 121
261	HIDROXICLOROQUINA (SULFATO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP200MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.041
262	HIDROXICLOROQUINA de 400 MILIGRAMOS Codigo 820069	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.544
263	HIERRO SACARATO INTRAVENOSO 100MG/5ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Código 2410060	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 9.519
264	HIERRO SULFATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 262
265	HIOSCINA BUTIL BROMURO + PARACETAMOL (2+100)MG/ML GOTAS ORAL Codigo 1650055	MILILITRO	$ 6.203
266	HIOSCINA BUTIL BROMURO 10MG Codigo 1650030	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 418
267	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG/MLS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 1650020	AMPOLLA/VIAL	$ 1.442
268	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA 20MG+25G/5ML AMPOLLA/VIAL AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 16	AMPOLLA/VIAL	$ 1.452
269	IBUPROFENO 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/ELIXIR/GOTAS SOLUCION	MILILITRO	$ 1.439
270	IBUPROFENO de 400 MILIGRAMOS Codigo 820086	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 285
271	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP600MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 189
272	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP800MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 217
273	IMIPRAMINA HCL de 25 MILIGRAMOS Codigo 1830096	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 147
274	INDINAVIR de 400 MILIGRAMOS Codigo 1011007	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.821
275	IMPLANTES DE PROGESTINA (Hasta 3 años) código 2130150	KIT DE IMPLANTE	$ 106.159
276	ISOTRETINOINA 10 MG Codigo 3420288	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	$ 1.829
277	INSULINA ANALOGA BIFASICA (LISPRO PROTAMINA) PREMEZCLASOLUCION SUBCUTANEA25 + 75UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	$ 18.947
278	INSULINA ASPARTASOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	$ 20.579
279	INSULINA GLARGINA de 300 UI/3ML AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2150060	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	$ 31.267
280	INSULINA GLARGINA1000UI/10mL SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA/VIAL	$ 104.222
281	INSULINA GLULISINA SOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	$ 18.065
282	INSULINA HUMANA C de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2150030	AMPOLLA/VIAL	$ 11.368
283	INSULINA HUMANA DETEMIR SOLUCION SUBCUTANEA300UI/3ML	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	$ 32.908
284	INSULINA HUMANA N de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2150040	AMPOLLA/VIAL	$ 11.368
285	INSULINA HUMANA N/C 70/30 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2150035	AMPOLLA/VIAL	$ 11.368
286	INSULINA HUMANA N/CSOLUCION INYECTABLE(70+30)UI/ DISPENSADOR DE 3ML	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	$ 11.368
287	INSULINA HUMANA NSOLUCION SUBCUTANEA300UI/3ML	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	$ 11.368
288	INSULINA LISPRO de 1000UI/10 ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 60.184
289	IPRATROPIO + FENOTEROL (025+05)MG/ML SOLUCIONES PARA NEBULIZADORES NASAL Codigo 1440013	MILILITRO	$ 62.631
290	IPRATROPIO + FENOTEROL AEROSOL (20+50) mcg/	FRASCO AEROSOL	$ 43.926
291	IPRATROPIO BROMURO 20 MICROGRAMOS/PULVERIZ AER	PULVERISACION	$ 7.469
292	ISOCONAZOL de 10 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA) Codigo 1040125	MILILITRO	$ 3.247
293	ISONIAZIDA de 100 MILIGRAMOS Codigo 1080030	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 4.565
294	ISONIAZIDA de 300 MILIGRAMOS Codigo 1080030	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 3.467
295	ISOSORBIDE DINITRATO de 5 MILIGRAMOS Codigo 1211151	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 509
296	ISOSORBIDE DINITRATO COMP10MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 174
297	ISOSORBIDE MONONITRATO de 20 MILIGRAMOS Codigo 1211155	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.355
298	ISOTRETINOINA de 20 MILIGRAMOS Codigo 3420087	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 2.767
299	IVERMECTINA GOTAS ORAL DE 6MG/MILILI Codigo 3495018	MILILITRO	$ 6.280
300	KETOCONAZOL 2% CHAMPU TOPICA (EXTERNA) Codigo 3410130	MILILITRO	$ 21.524
301	KETOCONAZOL de 200 MILIGRAMOS Codigo 1040120	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 313
302	KETOPROFENO 25% CREMA/L TOPICA (EXTERNA) Codigo 3480011	GRAMO	$ 7.182
303	KETOPROFENO de 100 MILIGRAMOS Codigo 820082	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 239
304	KETOPROFENO de 100MILIGRAMOS/ 2MILILITRO AMPOLLA AL Codigo 820084	AMPOLLA/VIAL	$ 1.348
305	KETOPROFENO de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 240
306	KETOTIFENO 0025% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3300010	MILILITRO	$ 11.111
307	KETOTIFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 56
308	LACTULOSA 667 % SOBRE ORAL Codigo 1640035	SOBRE	$ 2.946
309	LAMOTRIGINA 200MG Codigo 1810005	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 2.024
310	LAMOTRIGINA 25MG Codigo 1810004	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 608
311	LAMOTRIGINA 50MG Codigo 1810003	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 626
312	LAMOTRIGINA 5MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 810
313	LAMOTRIGINA de 100 MILIGRAMOS Codigo 1810002	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.694

314	LANSOPRAZOL de 30 MILIGRAMOS Codigo 1611160	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 230
315	LATANOPROST 0005 % de COLIRIO OFTALMICO Codigo 3350003	MILILITRO	$ 8.493
316	LEFLUNOMIDE de 100 MILIGRAMOS Codigo 2910016	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 23.374
317	LEFLUNOMIDE de 20 MILIGRAMOS Codigo 2910009	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.434
318	LEVODOPA BENZERACIDA (200+50) MG Codigo 1820042	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 5.679
319	LEVODOPA CARBIDOPA (100+25) MG Codigo 1820041	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.007
320	LEVODOPA CARBIDOPA (250+25) MG Codigo 1820040	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 447
321	LEVOMEPROMAZINA MALEATOSOLUCION ORAL4% (base)	FRASCO	$ 15.999
322	LEVOMEPROMAZINA MALEATO COMP100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 687
323	LEVOMEPROMAZINA MALEATO / COMP25MG(base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 536
324	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP 075 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 949
325	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP30MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 623
326	LEVOTIROXINA de 100 MICROGRAMOS Codigo 2160033	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 464
327	LEVOTIROXINA de 125 /PERLA ORAL Codigo 2160035	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 340
328	LEVOTIROXINA de 50 Mg Codigo 2160030	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 254
329	LEVOTIROXINA de 75 MICROGRAMOS Codigo 2160031	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 380
330	LIDOCAINA HCL CON EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % X 10 ML AMPOLLA PARENTERAL Codigo 3020055	AMPOLLA/VIAL	$ 7.592
331	LIDOCAINA HCL de 2 % JALEA TOPICA (EXTERNA) Codigo 3020060	GRAMO	$ 6.620
332	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE 2% X 10ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 3020070	AMPOLLA/VIAL	$ 1.514
333	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % AMPOLLA PARENTERAL Codigo 3020065	AMPOLLA/VIAL	$ 5.811
334	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTES (2% X 20ML) AMPOLLA PARENTERAL Codigo 3020001	AMPOLLA/VIAL	$ 4.558
335	LIDOCAINA SPRAY de 10 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA) Codigo 3020075	FRASCO	$ 37.887
336	LITIO CARBONATO de 300 MILIGRAMOS Codigo 1820045	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 232
337	LOPERAMIDA de 2 MILIGRAMOS Codigo 1630040	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 117
338	LORATADINA (JARABE) de 1 Mg JARABE ORAL Codigo 410088	MILILITRO	$ 1.660
339	LORATADINA de 10 MILIGRAMOS Codigo 410087	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 106
340	LORAZEPAM de 1 MILIGRAMOS Codigo 1840110	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 390
341	LORAZEPAM de 2 MILIGRAMOS Codigo 1840120	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 119
342	LOSARTAN de 100 MILIGRAMOS Codigo 1220009	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 250
343	LOSARTAN de 50 MILIGRAMOS Codigo 1220010	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 158
344	LOVASTATINATAB/CAPS/GRAG/ COMP20MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 322
345	MAGNESIO VALPROATO 200MG Codigo 1810008	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.716
346	MEBENDAZOLSUSPENSION ORAL2% 100MG/5ML	MILILITRO	$ 2.164
347	MEBENDAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP100MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 99
348	MEDROXIPROGESTERONA de 5 MILIGRAMOS Codigo 2130120	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 400
349	MEDROXIPROGESTERONA de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA / Codigo 2130121	AMPOLLA/VIAL	$ 6.387
350	MEDROXIPROGESTERONA+EST RADIOLSOLUCION PARENTERAL(25+5)MG	AMPOLLA/VIAL	$ 6.501
351	MELOXICAM de 75 MILIGRAMOS Codigo 820149	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 361
352	MENTOL + ALCANFOR + GUAYACOL (3+4+1)% CREMA/ TOPICA (EXTERNA) Codigo 3480006	GRAMO	$ 12.167
353	METFORMINA COMP1000MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.757
354	METFORMINA de 500 MILIGRAMOS Codigo 2150002	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 470
355	METFORMINA de 850 MILIGRAMOS Codigo 2150018	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 530
356	METILPREDNISOLONA ACETATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 2010065	AMPOLLA/VIAL	$ 9.123
357	METILPREDNISOLONA SUCCINATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 2010070	AMPOLLA/VIAL	$ 6.072
358	METIMAZOL de 5 MILIGRAMOS Codigo 2160020	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 164
359	METOCARBAMOL de 750 MILIGRAMOS Codigo 230029	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 281
360	METOCLOPRAMIDA 10MG Codigo 1620070	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 96
361	METOCLOPRAMIDA de 10 MILIGRAMOS/ 2 MILILITROS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 1620060	AMPOLLA/VIAL	$ 431
362	METOCLOPRAMIDA de 4 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL Codigo 1620080	MILILITRO	$ 2.449
363	METOPROLOL TARTRATO de 100 MILIGRAMOS Codigo 1211190	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 133
364	METOPROLOL TARTRATO de 50 MILIGRAMOS Codigo 1211180	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 80
365	METOTREXATE de 25 MILIGRAMOS Codigo 2210030	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 363
366	METOTREXATE de 50 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 2210040	AMPOLLA/VIAL	$ 13.892
367	METRONIDAZOL 250MG/5ML JARABE/ ORAL ORAL Codigo 1050050	MILILITRO	$ 4.674
368	METRONIDAZOL de 500 MG Codigo 1050040	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 243

369	METRONIDAZOL OVULO de 500 MILIGRAMOSÓVULO/CAPSULA Codigo 1050060	ÓVULO/CAPSULA VAGINAL/TABLETA	$ 473
370	METRONIDAZOL/NISTATINA 500MG/100000 UI OVULO/TABLETA VAGINAL Codigo 1050010	TABLETA VAGINAL / OVULOS	$ 748
371	METRONIDAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 194
372	MICONAZOL de 2 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) Codigo 1040002	GRAMO	$ 47.807
373	MIDAZOLAM de 75 MILIGRAMOS Codigo 1840018	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.135
374	MINOCICLINA de 100 MILIGRAMOS Codigo 1030341	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.125
375	MIRTAZAPINA de 30 MILIGRAMOS Codigo 1870007	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 608
376	MIRTAZAPINATAB/CAPS/GRAG/ COMP15MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.748
377	MISOPROSTOL de 200 MICROGRAMOS Codigo 1611155	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 2.840
378	MOMETASONA FUROATO de 50 MICROGRAMOS AEROSOL NASAL Codigo 410001	INHALACIÓN/DISPARO	$ 9.574
379	MOMETASONA FUROATO 01% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) Codigo 3470007	GRAMO	$ 6.803
380	MOMETASONA FUROATO 01% EMULSION/LOCION TOPICA (EXTERNA) Codigo 3470013	TUBO/FRASCO	$ 6.391
381	MONTELUKAST de 10 MG de Codigo 1440023	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 427
382	MONTELUKAST de 4 MILIGRAMOS Codigo 1440024	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 603
383	MONTELUKAST de 5 MILIGRAMOS Codigo 1440022	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 251
384	MOXIFLOXACINA 05% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3320160	MILILITRO	$ 13.597
385	MOXIFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS Codigo 1020001	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 3.174
386	MULTIVITAMINAS Y MINERALES SMNF GOTAS ORAL Codi	MILILITRO	$ 10.538
387	MULTIVITAMINAS Y MINERALES SMNF JARABE ORAL Codigo 2810100	MILILITRO	$ 13.149
388	MULTIVITAMINAS Y MINERALES SMNF Codigo 2810025	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 830
389	NALIDIXICO ACIDO 5G/100ML de 500 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/ ORAL ORAL Codigo 1020	MILILITRO	$ 28.769
390	NAPROXEN COMP500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 293
391	NAPROXENO (125MG/5ML) JARABE/ ORAL ORAL Codigo 820105	MILILITRO	$ 3.347
392	NAPROXENO de 250 MILIGRAMOS Codigo 820100	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 321
393	N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA + ACETAMINOFEN 10/500 MG Codigo 1650050	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 321
394	NIFEDIPINA de 10 MILIGRAMOS Codigo 1220050	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 141
395	NIFEDIPINA LIB CONTROLADA (OSMOTICA) de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.334
396	NIFEDIPINA LIB CONTROLADA (PROGRAMADA)	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 188
397	NIMODIPINO de 30 MILIGRAMOS Codigo 1230262	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 339
398	NISTATINA de 100000 UI OVULO/TABLETA VAGINAL VAGINAL Codigo 1040080	TABLETA VAGINAL / ÓVULO	$ 1.934
399	NISTATINA de 100000 UI/ML JARABE/SUSPENSION/ ORAL ORAL Codigo 1040100	MILILITRO	$ 3.550
400	NITAZOXANIDA de 2 % JARABE/ ORAL ORAL Codigo 1060036	MILILITRO	$ 7.718
401	NITAZOXANIDA de 500 MILIGRAMOS Codigo 1060035	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 858
402	NITROFURANTOINA de 100 MILIGRAMOS Codigo 1020060	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 155
403	NITROFURAZONA 02% CREMA/ TOPICA (EXTERNA) Codigo	GRAMO	$ 8.918
404	NORETISTERONA + ESTRADIOL (1+2)MG Codigo 2130122	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 4.880
405	NORETISTERONA + ESTRADIOL (50+5) MG/ML AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2130123	AMPOLLA/VIAL	$ 6.916
406	NORFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS Codigo 1020080	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 150
407	NUTRICION COMPLETA PARA PACIENTE ADULTO (400GRS) de código 2820111-2 ABBOTT	GRAMO	$ 32.704
408	OLANZAPINA de 10 MILIGRAMOS Codigo 1870175	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 533
409	OLANZAPINA de 5 MILIGRAMOS Codigo 1870170	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 420
410	OLOPATADINA CLORHIDRATOSOLUCION OFTALMICA02%	MILILITRO	$ 8.208
411	OMEPRAZOL 20MG Codigo 1611150	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 177
412	OXCARBAZEPINATAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 449
413	OXIBUTININO 5MG/5ML SUSPENSIONES ORAL Codigo 1650003	MILILITRO	$ 17.543
414	OXIBUTINO CLORURO 5 MG Codigo 1650001	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 450
415	OXICODONA DE LIBERACION MODIFICADA de 20 MILIGRAMOS Codigo 220034	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 815
416	OXIMETAZOLINA SOLUCION 0025% GOTAS NASAL Codigo 3220040	MILILITRO	$ 2.170
417	OXIMETAZOLINA SOLUCION 005% GOTAS NASAL Codigo 3220030	MILILITRO	$ 2.853
418	OXITETRACICLINA + POLIMIXINA B (5MG+10000UI)/G UNGUENTO OFTALMICO Codigo 3320002	GRAMO	$ 8.023
419	PANCREATINA+ DIMETILPOLISILOXANO TAB/CAPS/GRAG/ COMP(170-200)MG+(25-	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.157
420	PENICILINA CRISTALINA de 1000000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 1016255	AMPOLLA/VIAL	$ 1.146
421	PENICILINA G BENZATINICA de 1200000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 1016265	AMPOLLA/VIAL	$ 1.319
422	PENICILINA G BENZATINICA de 2400000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 1016280	AMPOLLA/VIAL	$ 1.838

423	PENICILINA V POTASICA 250MG/5ML JARABE ORAL ORAL Codigo 1016295	MILILITRO	$ 13.892
424	PENTOXIFILINA de 400 MILIGRAMOS Codigo 1230042	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 468
425	PEROXIDO DE BENZOILO (25 - 10)% LOCION TOPICA (EXTERNA) Codigo 3420080	MILILITRO	$ 12.955
426	PICOSULFATO 15 MCG/GOT MICROGRAMOS GOTAS ORAL Codigo 1640070	MILILITRO	$ 27.956
427	PIPOTIAZINA PALMITATOSOLUCION PARENTERAL100MG/4ML	AMPOLLA/VIAL	$ 74.302
428	PIPOTIAZINA PALMITATOSOLUCION PARENTERAL25MG/ML	AMPOLLA/VIAL	$ 7.838
429	PIRANTEL (EMBONATO O PAMOATO)250MG/5ML (base 5%) SUSPENSION ORAL	MILILITRO	$ 3.053
430	PIRANTEL (EMBONATO O / COMP250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 353
431	PIRANTEL / OXANTEL (250/250) MG/5ML JARABE/ ORAL ORAL Codigo 1060049	MILILITRO	$ 12.119
432	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA 25 MG + 500 MG Codigo 1070060	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 6.420
433	PLATA SULFADIAZINA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) Codigo 3410056	GRAMO	$ 7.525
434	PODOFILINA 20% SOLUCIONTOPICA (EXTERNA) Codigo 34	MILILITRO	$ 15.730
435	POLIACRILICO ACIDO (02-025)% GEL OFTALMICO Codigo 3	GRAMO	$ 15.687
436	POLIETILENGLICOL + PROPILENGLICOL (4 + 3) MG/ML FRASCO COLIRIO OFTALMICO Codigo 3340040	MILILITRO	$ 32.991
437	POLIETILENGLICOL 3350 59% POLVOS ORAL Codigo 16400	SOBRE	$ 11.362
438	PRAZOSIN de 1 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL C	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 230
439	PREDNISOLONA (1-10) MG/ML de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCIONES ORAL Codigo 2010092	MILILITRO	$ 34.028
440	PREDNISOLONA de 5 MILIGRAMOS Codigo 2010090	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 151
441	PREDNISONA de 50 MILIGRAMOS Codigo 2010091	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 667
442	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL Codigo 2130156	OVULO	$ 3.975
443	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS Codigo 2130154	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 2.859
444	PROPAFENONA de 150 MILIGRAMOS PARENTERAL Codigo 1212060	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 321
445	PROPARACAINA HCL 5MG/ML COLIRIO OFTALMICO Codigo 3350012	MILILITRO	$ 65.936
446	PROPRANOLOL de 40 MILIGRAMOS Codigo 1220100	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 66
447	PSYLLIUM MUCILAGO 49-90% SOBRE GRANULADO/POLVO ORAL ORAL Codigo 1640050	SOBRE	$ 1.239
448	QUINAPRIL de 10 MILIGRAMOS Codigo 1220041	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 859
449	QUINAPRIL de 20 MILIGRAMOS Codigo 1220042	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 391
450	RANITIDINA 150MG Codigo 1611140	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 350
451	RANITIDINA 150MG/10ML JARABE ORAL Codigo 1611141	MILILITRO	$ 64.682
452	RANITIDINA 50MG/2ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 1611130	AMPOLLA/VIAL	$ 573
453	RANITIDINA de 300 MILIGRAMOS Codigo 1611142	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 233
454	RETINOICO ACIDO + HIDROQUINONA 005 + (2-5)% CREMA TOPICA (EXTERNA) Codigo 3420190	GRAMO	$ 11.852
455	RETINOICO ACIDO 0025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) Codigo 3420084	GRAMO	$ 8.512
456	RETINOICO ACIDO 005% CREMA/ tOPICA (EXTERNA) Codigo	GRAMO	$ 3.795
457	RIFAMPICINA de 300 MILIGRAMOS Codigo 1080310	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 4.123
458	RISPERIDONA 1 MG/ml de 1 MI GOTAS ORAL Codigo 764003	MILILITRO	$ 23.202
459	RISPERIDONA de 3 MILIGRAMOS Codigo 1870004	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 23.139
460	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 435
461	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP2MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 439
462	SACCHAROMYCES BOULARDI 250 MG Codigo 1630050	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 2.789
463	SALBUTAMOL (SULFATO)SOLUCION ORAL004% (2MG/5ML)	MILILITRO	$ 3.588
464	SALBUTAMOL (SULFATO) COMP4MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.177
465	SALBUTAMOL 100MCG/PULV AEROSOL BUCAL Codigo 1440160	INHALACIÓN/DISPARO	$ 3.274
466	SALES DE REHIDRATACION ORALSOLUCION ORALAporte al menos 60 meq de sodi	MILILITRO	$ 4.354
467	SALES DE REHIDRATACION ORL GRANULADO/POLVO ORAL ORAL Codigo 2620006-2	SOBRE	$ 1.724
468	SECNIDAZOL 500MG/15ML JARABE/OTAS SOLUCION ORAL ORAL Codigo 1050091	MILILITRO	$ 1.395
469	SECNIDAZOL de 500 MILIGRAMOS Codigo 1050090	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.541
470	SERTRALINA de 100 MILIGRAMOS Codigo 1830076	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 427
471	SERTRALINA de 50 MILIGRAMOS Codigo 1830075	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 513
472	SOLUCION SALINA HIPERTONICA 5% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3340008	MILILITRO	$ 28.242
473	SOLUCION SALINA NORMAL 09% 100 ML de 100 MILILITRO BOLSA PARENTERAL Codigo 2610045-2	BOLSA PLASTICA EN PVC	$ 2.559
474	SOLUCION SALINA NORMAL 09% GOTAS NASAL Codigo 32	MILILITRO	$ 1.834
475	SUCRALFATE 1G TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL Co	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 267

476	SUCRALFATE 1G/5ML SUSPES ORAL Codigo 1610071	MILILITRO	$ 23.825
477	SULFACETAMIDA SODICA 10-15% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3320110	MILILITRO	$ 4.493
478	SULFASALAZINA de 500 MILIGRAMOS Codigo 820200	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 272
479	TACROLIMUSCREMA TOPICA003%	GRAMO	$ 24.366
480	TACROLIMUSCREMA TOPICA010%	GRAMO	$ 34.824
481	TAMOXIFENO de 20 MILIGRAMOS Codigo 2210012	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 257
482	TAMSULOSINA de 04 MILIGRAMOS Codigo 2144007	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 495
483	TECLOZAN de 500 MILIGRAMOS Codigo 1060045	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 9.431
484	TEOFILINA 80MG/15ML JARABE ORAL ORAL Codigo 1440192	MILILITRO	$ 6.498
485	TEOFILINA LIBERACION LENTA 125MG Codigo 1440210	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 178
486	TEOFILINA LIBERACION LENTA 300MG Codigo 1440195	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 248
487	TERAZOSIN de 2 MILIGRAMOS Codigo 1220125	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 559
488	TERAZOSIN de 5 MILIGRAMOS Codigo 1220127	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 526
489	TERBINAFINA 250MG Codigo 3410135	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 330
490	TETRACICLINA de 500 MILIGRAMOS Codigo 1030340	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 149
491	TIAMINA (VITAMINA B1) de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL Codigo 2810150	AMPOLLA/VIAL	$ 2.356
492	TIAMINA (VITAMINA B1) de 300 MILIGRAMOS Codigo 2810170	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 180
493	TIBOLONA de 25 MILIGRAMOS Codigo 2210214	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.007
494	TIMOLOL + DORZOLAMIDA (05+2)% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3350032	MILILITRO	$ 11.442
495	TIMOLOL MALEATO 05% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3350031	MILILITRO	$ 5.894
496	TIMOLOL+BIMATOPROSTSOLUCION OFTALMICA(5+03)MG/ML	MILILITRO	$ 34.193
497	TINIDAZOL de 200 MIL JARABE ORAL Codigo 1050131	MILILITRO	$ 1.725
498	TINIDAZOL de 500 MILIGRAMOS Codigo 1050130	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 147
499	TIZANIDINA de 2 MILIGRAMOS Codigo 230060	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 514
500	TIZANIDINA de 4 MILIGRAMOS Codigo 230070	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 411
501	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA (03+01)% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3320130	MILILITRO	$ 5.481
502	TOBRAMICINA 03% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3320140	MILILITRO	$ 7.831
503	TOPIRAMATO 100MG Codigo 1810031	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 2.751
504	TOPIRAMATO de 15 MILIGRAMOS Codigo 1810026	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 842
505	TOPIRAMATO de 25 MILIGRAMOS Codigo 1810028	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 770
506	TOPIRAMATO de 50 MILIGRAMOS Codigo 1810029	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 410
507	TOXOIDE TETANICO 40UI/05ML AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2911070	AMPOLLA/VIAL	$ 5.356
508	TRAMADOL de 100 Mg/Ml JARABE ORAL ORAL Codigo 220016	MILILITRO	$ 5.877
509	TRAMADOL de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCION INYECTABLE PARENTERAL Codigo 220015	AMPOLLA/VIAL	$ 978
510	TRAMADOL (CLORHIDRATO)SOLUCION PARENTERAL100MG/2ML	AMPOLLA/VIAL	$ 591
511	TRANEXAMICO ACIDO de 500 MILIGRAMOS Codigo 2412010	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 10.973
512	TRAVOPROST 0004 % de COLIRIO OFTALMICO Codigo 3350005	MILILITRO	$ 55.268
513	TRAZODONA de 100 MILIGRAMOS Codigo	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 636
514	TRAZODONA de 150 MILIGRAMOS Codigo 1830006	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 2.866
515	TRAZODONA de 50 MILIGRAMOS Codigo 1830015	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 248
516	TRIAMCINOLONA ACETONIDASUSPENSION PARENTERAL40MG/ML	AMPOLLA/VIAL	$ 11.342
517	TRIAMCINOLONA de 10 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA PARENTERAL Codigo 2010100	AMPOLLA/VIAL	$ 10.053
518	TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG Codigo 1810081	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 268
519	TRIMEBUTINA MALEATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.551
520	TRIMEBUTINASUSPENSION ORAL200MG/15ML	MILILITRO	$ 10.249
521	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (160+800)MG Codigo 1090010	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 262
522	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (80+400)MG/5ML JARABE ORAL ORAL Codigo 1090031	MILILITRO	$ 4.391
523	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL 40+200MG/5ML JARABE ORAL ORAL Codigo 1090030	MILILITRO	$ 3.758
524	TROPICAMIDA 1% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3350014	MILILITRO	$ 30.588
525	UREA 10% CREMA/UNGUENTO/GELTOPICA (EXTERNA) Codigo 3495186	GRAMO	$ 35.415
526	UREACREMA TOPICA40%	GRAMO	$ 37.700
527	URSODESOXICOLICO ACIDO de 300 MILIGRAMOS Codigo 1620006	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 1.337
528	VALACICLOVIRT COMP1000MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 4.033
529	VALACICLOVIR COMP500MG	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 6.994
530	VALGANCICLOVIR de 450 MILIGRAMOS Codigo E0515	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 28.564

531	VALPROICO ACIDO + VALPROATO DE SODIO 250MG Codigo 1810230	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 684
532	VALPROICO ACIDO + VALPROATO DE SODIO de 500 MILIGRAMOS Codigo 1810240	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 695
533	VALPROICO ACIDO de 250 MILIGRAMOS Codigo 1810190	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 262
534	VALSARTAN de 160 MILIGRAMOS Codigo 1220007	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 298
535	VALSARTAN de 80 MILIGRAMOS Codigo 1220008	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 281
536	VASELINA PURA USP de 100 % CREMA/ Codigo 3720009	GRAMO	$ 7.021
537	VENLAFAXINA de 75 MILIGRAMOS Codigo 1830001	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 574
538	VERAPAMILO de 80 MILIGRAMOS Codigo 1211150	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 259
539	VERAPAMILO RETARD de 120 MILIGRAMOS Codigo 1211158	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 372
540	VERAPAMILO RETARD de 240 MILIGRAMOS Codigo 1211160	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 259
541	VITAMINA A de 100000 UI Codigo 2810045	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 311
542	VITAMINA A de 50000 UI Codigo 2810040	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 222
543	VITAMINA D3 025MCG Codigo 2810055	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 239
544	VITAMINA E de 400 UI Codigo 2810012	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 433
545	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 2MG/02ML -AMPOLLA / VCodigo 2412001	AMPOLLA/VIAL	$ 961
546	WARFARINA de 25 MILIGRAMOS Codigo 2411042	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 392
547	WARFARINA de 5 MILIGRAMOS Codigo 2411040	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 361
548	ZINC + MULTIVITAMINAS SMNF GRANULADO ORAL Codigo 2810011	TARRO	$ 17.197
549	ZINC + MULTIVITAMINAS SMNF Codigo 2810111	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 383
550	ZINC OXIDO + NiSTATINA (02 G+100000 UI) / G CREMA/UNGUENTTOPICA (EXTERNA) Codigo FA007	GRAMO	$ 4.961
551	ZOLPIDEM de 10 MILIGRAMOS Codigo 1840003	TAB/CAPA/GRAGEA	$ 400

ITEM	CONDICIONES MINIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
1	El contratista presento el Portafolio de Servicios de la Entidad oferente
2	El contratista certifico que el suministro de medicamentos se realizara en las instalaciones del contratista en horario 08:00 a las 18:00 horas en jornada continua y para los sábados y domingo media jornada de 08:00 a 12:00 horas.
3	El contratista cuenta con área de recepción y entrega de medicamentos para usuarios,

Punto de Atención y línea telefónica

Nº	PUNTO DE ATENCION	NOMBRE DE LA DROGUERIA O FARMACIA	DIRECCION	TELEFONO
1	01	DROGUERIA Y AUTOSERVICIO DROGASALUD	Calle 7 Nro. 29-143 Avenida Francisco Fernández de Contreras	3144717356

El contratista se compromete a suministrar los medicamentos con punto de dispensación en el municipio OCAÑA, a los usuarios atendidos en los municipios de ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEOREMA, CONVENCIÓ, RIO DE ORO, GONZÁLEZ Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER., **el establecimiento está habilitado para prestar el servicio el cual atenderá** de lunes a domingo durante la vigencia del mismo, con horario de atención que no debe ser inferior al horario de las 08:00 a las 18:00 horas en jornada continua y para los sábados y domingo media jornada de 08:00 a 12:00 horas, o en su defectos debido a la complejidad del orden público en ciertos municipios el cual no se logre obtener un establecimiento que pueda prestar el servicio nos comprometemos a dar cumplimiento de la entrega de los medicamentos en los diferentes distritos principales garantizando el fácil acceso a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional o en la entrega de los mismos en un término no superior a 36 horas.

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHlmartinc	LILIANA MARIA MARTINEZ CARRENO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-030	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Fecha y Hora Sistema:	24/03/2023 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 33723 de fecha 2023-03-13. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	33223	Fecha Registro:	2023-03-24	Unidad / Subunidad Ejecutora:		16-01-02-030 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado			Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Inicial:	30.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00			Valor Actual:	30.000.000,00	Saldo x Obligar:	30.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	901311634	Razón Social:	DROGASALUD OCAÑA SAS	Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	31800034984	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	74370422	Nombre:	CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN	Cargo:	JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		Fecha de Registro:		Genera Viáticos:	No	Num. Solicitud de Comisión:		Número:	068-7-200022-23	Tipo:	CONTRATO DE COMPRA VENTA Y SUMINISTROS	Fecha:	2023-03-24

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.
O30 ATENCION SALUD	A-02-02-01-003-005 OTROS PRODUCTOS QUÍMICOS; FIBRAS	Nación	16	SSF

FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
	30.000.000,00	0,00		
Total:	30.000.000,00	0,00	30.000.000,00	30.000.000,00

Objeto:	CONTRATO SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DE URGENCIAS USUARIOS DENOR RESIDENTES EN OCAÑA ABREGO EL CARMEN ACARI SAN CALIXTO TEORAMA

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
O30	DISAN SECCIONAL DE SANIDAD SANTANDER	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2023-12-31	30.000.000,00	30.000.000,00	NINGUNO

CPS-4 LILIANA MARIA MARTINEZ CARREÑO
Jefe de Presupuesto

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N.5

Nit: 804012688

V.5000

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL **Numero: 170**

EL JEFE DE LA: PRESUPUESTO

C E R T I F I C A :

Que se ha registrado el siguiente compromiso por un valor de: TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE *** $30,000,000.00

Por Concepto de: CONTRATO 068-8-200022.23 SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS USUARIOS DENORRESIDENTES EN OCAÑA CPAA 173-23

Estado: AUTORIZADO

Area Solicitante: ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER

Nombre Solicitante: TC CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN

Fecha Solicitud: 13/03/2023 **Observaciones: .**

Proyecto:

AREA		IMPUTACION PRESUPUESTAL	RECU	DESCRIPCIÓN	VIGENCIA	REFERENCIA		VALO
						Doc	Número	
01522600	ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER	020201003	16	OTROS BIENES TRANSPORTABLES (EXCEPTO PRODUCTOS METÁLICOS, MA	2023	CDP	174	$30,000,000.
						TOTAL		$30,000,000.0

Beneficiario: 901311634 - DROGASALUD OCAÑA SAS

Documento: REG - REGISTRO PRESUPUESTAL NroRese: 170 Acta Nro: 0 Vigencia: 2023

Expedido a los 24 dias del mes de Marzo de 2023 en la ciudad de BUCARAMANGA

CPS-4 LILIANA MARIA MARTINEZ CARREÑO
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO