MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA

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

No. GS-2023-058197**/ ESPRI-SAFAT 3.1**

Santiago de Cali, 03 de abril de 2023

Señor Capitán
GUSTAVO ANDRES NARVAEZ ARTEAGA
Jefe Grupo Contratos RASES N°4
Avenida 10 norte No. 16N - 21
Cali

Asunto: evaluación proceso de contratación PN RASES4 MIC 014/2023

De manera atenta y respetuosa nos permitimos dar respuesta a mi Capitán a la evaluación de los requisitos del proponente del proceso de mínima cuantía **PN RASES4 MIC 014/2023** cuyo objeto es**: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA", por parte de SU IPS DAGUA Y FISIOTERAPIA MAURICIO ESCOBAR** así:

GRUPO 1. OFERENTE SU IPS DAGUA

Se verifica el cumplimiento del número de ítems según lo ofertado por esta institución

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

ITEM	Códigos CUPS Resolución 3495/2019	Códigos Tarifario Soat 2022	Servicio	OFRECE	NO OFRECE
	Grupo 1 Consulta Externa			X	
1	89 0 2 01	39141	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	X	
2	89 0 3 01	39141	CONSULTA CONTROL POR MEDICINA GENERAL	X	
3	89 0 2 01	39141	TELECONSULTA POR MEDICINA GENERAL	X	
4	89 0 2 05	29116	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	X	
5	89 0 3 05	40121	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	X	
6	89 0 2 08	35110	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	X	
7	89 0 3 08	35110	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	X	
8	94 3 1 02	35104	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	X	
9	94 4 0 02	35108	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	X	

10	89 0 2 03	36101	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL Incluye:ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACION DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLOGICA, PRESCRIPCION FARMACOLOGICA, ELABORACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO , REMISION AL ESPECIALISTA Excluye:PROCEDIMIENTOS QUIRURG	X	
11	89 0 3 03	36101	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	X	
12	89 0 7 03	36102	CONSULTA DE URGENCIAS (para solucion de problemas agudos dolorosos)	X	
13	23 0 1 02	36602	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	X	
14	23 0 2 01	36804	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	X	
15	23 2 1 01	36201	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	X	
16	232101-1	36202	obturacion de superficie adicional en amalgama	X	
17	23 2 1 02	36203	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	X	
18	23 2 1 03	36205	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	X	
19	23 7 3 05	36803	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	X	
20	87 0 4 51	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	X	
21	87 0 4 52	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	X	
22	87 0 4 53	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	X	
23	87 0 4 54	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	X	
24	99 7 1 06	36904	Topicacion de Fluor en Barniz	X	
25	99 7 3 10	36901	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	X	
26	99 7 1 05	36806	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	X	
27	99 7 3 01	36303	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	X	
28	89 6 1 00		AFINAMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL (MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL) cada toma	X	
29	99 0 2 11	39360	ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA	X	
30	99 0 2 11	39360	ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR	X	
31	M39319		CAMBIO APÓSITO O PROTECTOR OCULAR	X	
32	99 0 2 11	39360	CONSEJERIA PRE Y POST TEST DE VIH EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	X	
33	86 9 5 00	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	X	
34	96 5 2 02	27116	CURACIÓN DE OIDO	X	
35	38 9 4 00	37502	DISECCION VENOSA SOD	X	
36	86 1 1 01	37404	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	X	
37	99 0 2 11	39360	EVALUACIÓN Y EXAMEN DE SENO	X	
38	57 9 4 01	23116	INSERCIÓN DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	X	
39	69 7 1 01	37108	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	X	
40	96 5 2 01	27115	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD	X	
41	95 0 6 01	39360	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	X	
42	93 9 4 02	27111	NEBULIZACION (Tarifa por cada una)	X	

43	86 2 7 01	15200	ONICECTOMÍA	X	
44	57 9 5 01	23116	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	X	
45	89 3 8 12	24126	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	X	
46	86 9 4 00		RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	X	
47	S22104		SALA BÁSICA DE PROCEDIMIENTOS	X	
48	S22101	39202	SALA DE CURAÇIONES	X	
49	90 3 1 05	19006	ACIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	X	
50	90 5 2 01	19019	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	X	
51	90 3801	19017	ACIDO URICO	X	
52	90 3 8 06	19062	AMILASA EN ORINA DE 24 H	X	
53	90 2 0 04	19079	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LÚPICO]	X	
54	90 6 6 10	19140	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA [PSA]	X	
55	90 6 3 04	19867	ANTÍGENOS FEBRILES [VIDAL O WEIL FELIX]	X	
56	90 7 0 01	19153	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	X	
57	90 3 8 09	19170	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	X	
58	90 3 8 11		CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRÍA	X	
59	90 3 8 73		CALCIO EN ORINA ESPONTANEA	X	
60	90 6 8 02	19187	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	X	
61	90 6 2 05	19207	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig G [CMV-G] POR EIA	X	
62	90 6 2 06	19211	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA	X	
63	90 3 8 13	19224	CLORO [CLORURO]	X	
64	90 3 8 14	19224	CLORUROS EN ORINA 24 horas	X	
65	90 3 8 15	19237	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	X	
66	90 3 8 16	19241	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO	X	
67	90 3 8 18	19242	COLESTEROL TOTAL	X	
68	90 3 4 20	19247	COLINESTERASA SERICA	X	
69	90 1 1 07	19497	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	X	
70	90 1 1 01	19157	COLORACIÓN PARA ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA	X	
71	90 2 2 01	19260	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO	X	
72	90 1 2 06	19266	COPROCULTIVO	X	
73	90 7 0 02	19267	COPROLÓGICO	X	
74	90 7 0 04	19273	COPROSCÓPICO Incluye:pH, SANGRE OCULTA, AZÚCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARÁSITOS	X	
75	90 3 8 23	19289	CREATININA DEPURACIÓN	X	
76	90 3 8 24	19290	CREATININA EN ORINA DE 24 H	X	
77	90 3 8 22	19280	CREATININA EN ORINA ESPONTANEA **Creatinuria espontanea**	X	
78	90 3 8 25	19290	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	X	
79	90 1 2 13	19309	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	X	
80	90 1 2 30	19313	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	X	
81	90 1 2 17	19316	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	X	
82	90 6 2 07		Dengue, ANTICUERPOS Ig G	X	
83	90 6 2 08		Dengue, ANTICUERPOS Ig M	X	
84	90 6 2 09		Dengue, ANTICUERPOS TOTALES	X	
85	90 3 8 28	19332	DESHIDROGENASA LÁCTICA [LDH]	X	

86	90 2 2 05	19977	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	X	
87	90 2 2 04	19977	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	X	
88	90 1 3 04	19875	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECIÓN NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	X	
89	90 1 3 05	19582	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	X	
90	90 2 2 06	19731	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA, ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	X	
91	90 6 9 11	19395	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LÁTEX	X	
92	90 3 8 30	19448	FOSFATASA ACIDA	X	
93	90 3 8 33	19454	FOSFATASA ALCALINA	X	
94	90 3 8 35	19465	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS]	X	
95	A32013B		Hisopado Nasofaringeo para COVID-19	X	
96	90 3 8 36	19465	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H	X	
97	90 3 8 41	19490	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	X	
98	90 3 8 42	19495	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye:CARGA DE GLUCOSA	X	
99	90 3 8 43	19493	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	X	
100	90 3 8 44	19323	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA (POR MUESTRA) (115)	X	
101	90 3 8 45	19493	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN	X	
102	90 4 5 08	19353	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	X	
103	90 6 6 25	19165	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG]	X	
104	90 2 2 11	19505	HEMATOCRITO	X	
105	90 2 2 12	19509	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO Y FACTOR Rh	X	
106	91 1 0 18	19510	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR EN TUBO	X	
107	90 2 2 13	19517	HEMOGLOBINA	X	
108	90 3 4 26	19522	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES	X	
109	90 2 2 10	19304	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS,INDICES ERITROCITARIOS,LEUCOGRAMA,RECUENTO DE PLAQUETAS,INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	X	
110	90 2 2 14	19534	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	X	
111	90 6 2 19	19540	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	X	
112	90 6 2 18	19541	HEPATITIS A Acs IgM (HVAM) EIA	X	
113	90 6 2 20	19545	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs)Inmunocromatografia	X	
114	90 6 2 21	19542	HEPATITIS B A cs c TOTALES (anti -HBc) EIA	X	
115	90 6 2 22	19546	HEPATITIS B Acs e (anti HBe) EIA	X	
116	90 6 2 23	19547	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs) Inmunocromatografia	X	
117	90 6 3 18	19552	HEPATITIS B ANTIGENO e(Ag HBe) EIA	X	
118	90 6 3 17	19551	Hepatitis B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBS]	X	

119	90 6 2 25	19559	HEPATITIS C Acs HVC Inmunocromatografia	X	
120	90 4 9 02	19911	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	X	
121	90 4 1 05	19447	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE [FSH]	X	
122	90 4 1 07	19694	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]	X	
123	90 3 8 55	19698	MAGNESIO EN ORINA DE 24H	X	
124	90 3 8 54	19698	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	X	
125	90 3 0 26	19722	MICROALBUMINURIA POR EIA	X	
126	90 3 0 28	19722	MICROALBUMINURIA POR RIA	X	
127	90 3 8 56	19749	NITROGENO UREICO BUN	X	
128	90 3 8 59	19792	POTASIO	X	
129	90 4 5 10	19798	PROGESTERONA	X	
130	90 4 1 08	19802	PROLACTINA [BASAL]	X	
131	90 6 9 14	19809	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	X	
132	90 2 2 17	19466	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	X	
133	90 6 0 39	19885	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA (Prueba Rapida RPS)	X	
134	90 2 2 20	19780	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	X	
135	90 2 2 21	19780	RECUENTO DE PLAQUETAS, METODO MANUAL	X	
136	90 6 2 41	19857	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	X	
137	90 6 2 43	19861	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	X	
138	90 7 0 09		SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA	X	
139	90 7 0 08	19868	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	X	
140	90 6 9 16	19886	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR &	X	
141	90 3 8 64	19891	SODIO	X	
142	90 3 8 65	19891	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	X	
143	90 4 6 01	19905	TESTOSTERONA LIBRE	X	
144	90 4 6 02	19907	TESTOSTERONA TOTAL	X	
145	90 2 0 45	19827	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	X	
146	90 2 0 49	19958	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	X	
147	90 4 9 21	19917	TIROXINA LIBRE T4L	X	
148	90 4 9 22	19916	TIROXINA TOTAL [T4]	X	
149	90 6 1 27	19928	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR EIA	X	
150	90 6 1 28	19928	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR IFI	X	
151	90 6 1 29	19929	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR EIA	X	
152	90 3 8 67	19933	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	X	
153	90 3 8 66	19934	TRANSAMINASA GLUTÁMICOPIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]	X	
154	90 3 8 68	19940	TRIGLICÉRIDOS	X	
155	90 4 9 24	19948	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]	X	
156	90 4 9 25	19948	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]	X	
157	90 7 1 07	19775	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	X	
158	90 1 2 36	19966	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO] (112)	X	
159	90 6 2 47	19976	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G	X	
160	90 6 2 48	19976	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig M	X	

161	90 6 2 49	19878	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS &	X	
162	89 5 1 00	25102	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO (CON UNA A TRES DERIVACIONES)	X	
163	89 2 9 01		TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	X	
164	89 8 0 01	20302	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL	X	
165	S31309		Domicilio entrega de Medicamentos según Resolución 521/2020	X	
166	90 8 7 11		Domicilio Toma de Muestras de Laboratorio Clínico	X	

MEDICAMENTOS

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

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

51	CARBAMAZEPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
52	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 180MG COL.	180mg	COL.	X	
53	CARVEDILOL 6.25MG TAB/CAP/GRAG/COMP	6.25 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
54	CARVEDILOL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
55	CEFALEXINA 500MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP	500mg/ml	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
56	CEFALEXINA SUSPENSION 250 MG / 5 ML(5%)	250mg/5ml	SUSP.	X	
57	CEFUROXIMA - TAB/CAP/GRAG/COMP - 500MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
58	CEFRADINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
59	CEFTRIAXONA SÓDICA	1 gr	AMP/VIAL	X	
60	CETIRIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
61	CETIRIZINA	15 ml	GOT.	X	
62	CETIRIZINA JARABE 1MG/ML	5mg	JBE.	X	
63	CEFUROZIMA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
64	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12)-AMP/VIAL-1000MCG/ML	(1+100)mg	AMP/VIAL	X	
65	CIPROFLOXACINA COLIRIO 0.3% OTICA	0.3%	COL.	X	
66	CIPROFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
67	CLORHEXIDINA DIACETATO TABLETAS MASTICABLES	4 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
68	CLORHEXIDINA DIACETATO ENJUAGUE ANTICEPTICO BUCAL	180ml	FCO	X	
69	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 20MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
70	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 10MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
71	CLARITROMICINA X 250 MG /5ML POLVO PARA SUSPENSION	50mg/15ml	SUSP.	X	
72	CLARITROMICINA X 100 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
73	CLINDAMICINA CREMA VAGINAL AL 2%	2%	CRE.	X	
74	CLINDAMICINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
75	CLINDAMICINA-TAB VAG OVULOS-100 MG	100mg	TAB VAG OVULOS	X	
76	CLOBETASOL PROPIONATO-CRE.-0.05%	0.05%	CRE.	X	
77	CLONIDINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 0.150 MG	0.150mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	

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

105	DICLOFENACO 50 GEL	50g	GEL.	X	
106	DICLOFENACO SÓDICOTAB50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
107	DICLOFENACO + CODEINA 10MG TAB/CAP/COMP	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
108	DICLOFENACO COLESTIRAMINA TAB/CAP/GRAG/COMP 75 MG	75mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
109	DICLOXACILINA CAP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
110	DICLOXACILINA 250MG/5ML SUSP.	250mg/5ml	SUSP.	X	
111	DIFENHIDRAMINACAP 50 MG	50 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
112	DIFENHIDRAMINA FCO 12.5 MG / 5 ML	12.5 mg / 5 ml	FCO	X	
113	DIHIDROCODEINA BITARTRATOFCO2.	42 mg / ml (0.242%)	FCO	X	
114	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 60 MG	60mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
115	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 180 MG	180mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
116	DIMENHIDRINATO 50MG S.M.N.F. TAB/CAP/GRAG/COMP	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
117	DIOSMINA + HESPERIDINA 450+50MG	450+50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
118	DIPIRONA AMP 1 G/ML AMP 2 ML	1g/2ml	AMP/VIAL	X	
119	DIPIRONA AMP 2 G/5 ML AMP 5 ML	2 g/5 ml	AMP/VIAL	X	
120	DIPIRONA TAB/CAP/GRAG/COMP X 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
121	DOMPERIDONA SUS. 1MG/ML	1mg/ml	SUSP.	X	
122	DOXAZOCINA TAB/CAP/GRAG/COMP 4MG	4mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
123	DOXICICLINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
124	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
125	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
126	ENZIMAS PANCREATICAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-25000 U.I.	25000UI	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
127	ERGOTAMINA + CAFEINA TAB/CAP/COM (1+100)MG	1+100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
128	ESOMEPRASOL 20MG TAB/CAP/GRAG/COMP	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
129	ESOMEPRASOL 40MG TAB/CAP/GRAG/COMP	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
130	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
131	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
132	ESTRÓGENOS CONJUGADOS 0.0625%	0,0625%	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	

133	ESTROGENOS NATURAL CONJUG Ó ASOC 0.625 MG	0.625 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
134	ETINILESTRADIOL+LEVONORGESTREL (30+150)MC	(30+150)mc	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
135	FENITOINA SODICA 100MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
136	FITOBREMG CREMA TOPICA (TRITICUM VULGARE 15%)	32 G	CRE.	X	
137	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
138	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg/5ml	SUSP.	X	
139	FLUNARIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
140	FLUNARIZINA 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
141	FLUOXETINA 20 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	20 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
142	FOLICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 1MG	1mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
143	FURAZOLIDONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
144	FURAZOLIDONA COMP 50/ML JARABE/SUSPENSIÓN/EMULSION/ELIXIR/ GOTASSOLUCION ORAL ORAL	10-15%	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
145	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML	20 mg / 2 ml	AMP/VIAL	X	
146	FUROSEMIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
147	FUSIDICO ACIDO CREMA 2%	2%	CRE.	X	
148	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 600 MG	600mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
149	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 900 MG	900mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
150	GENTAMICINA AMP/VIAL 160 MG / 2 ML	160mg/2ml	AMP/VIAL	X	
151	GENTAMICINA AMP/VIAL 80 MG / 2 ML	80mg/2ml	AMP/VIAL	X	
152	GENTAMICINA CREMA 1MG/G	1mg/g	CRE.	X	
153	GENTAMICINA COLIRIO 3 MG / ML (0FTALMICA)	(160+800)mg	COL.	X	
154	GINKGO BILOBA EXTRACTO TBL/COMP X 40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
155	GLIBENCLAMIDA TAB/COM/GRAG 5 MG	40+200mg/5ml	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
156	GLICERINA ADULTOS SUPOSITORIOS RECTAL		SUSP.	X	
157	GLICERILO GUAYACOLATO JARABE AL 2%	2%	JBE.	X	

158	GLICERINA CARBONATADA- GOTAS.-0*01 (1%)	1%	GOT.	X	
159	HIDROCLOROTIAZIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
160	HIDROCORTISONA (ACETATO) CREMA 1%	1%	CRE.	X	
161	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO)FCO AMP100 MG	100mg	FCO	X	
162	HIDROCORTISONA(ACETATO) SOL 0*5%	0*5%	LOC.	X	
163	HIDROXICINA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
164	HIDROXICINA JARABE 250MG/10ML (0.25 %)	250mg/10ml	JBE.	X	
165	HIERRO SULFATO JARABE 125MG/5ML	125mg/5ml	JBE.	X	
166	HIERRO SULFATO -TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
167	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG AMP/VIAL	20mg	AMP/VIAL	X	
168	HIOSCINA BUTIL BROMURO TAB/GRA/COM 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
169	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA AMP(20 +2.5/5ML)	(0.02 + 2.5)	AMP/VIAL	X	
170	IBUPROFENO SUSPENSION 100MG/5ML	100mg/5ml	SUSP.	X	
171	IBUPROFENO TAB/GRAG/COMP 400 MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
172	IMIPRAMINA CLORHIDRATOTAB/CAP/GRAG/COMP10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
173	IMIPRAMINA HCL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
174	INSULINA HUMANA N NPH 6MG AMP/VIAL	6mg	AMP/VIAL	X	
175	INSULINA ZINC CRISTALINAFCO -VIAL80 - 100 U.I. / M	100 ui	AMP/VIAL	X	
176	IPRATROPIO BROMURO 20MG/ML AER.	0.02mg/Pulverizacion	AER.	X	
177	ISOCONAZOL CREMA TOPICA X 20 G	20G	CRE.	X	
178	ISOCONAZOL SOLUCION TOPICA 10MG/ML	10mg/ml	SOL.	X	
179	ISOSORBIDE DINITRATO TAB SUBLINGUAL 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
180	ISOSORBIDE DINITRATOTAB10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
181	IVERMECTINA SOLUCION ORAL 0.6%	0,63%	GOT.	X	
182	KETOCONAZOL-CHAM.-0.02 NP	0.02 NP	CHAMPU	X	
183	KETOCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
184	KETOCONAZOL CREM. 2%	2%	CRE.	X	

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

213	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
214	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 50 MG	50mg/ml	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
215	METOTREXATO SÓDICO TAB/CAP/GRAG/COMP 2.5 MG DE BASE	2.5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
216	METRONIDAZOL OVULO/TABLETA VAGINAL 500 MG	500mg	TAB VAG OVULOS	X	
217	METRONIDAZOL SUSPENSION 250MG/5ML	250mg/ml	SUSP.	X	
218	METRONIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
219	METRONIDAZOL/NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES (500/100	25mcg/Día	TAB VAG OVULOS	X	
220	MIRTAZAPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 30MG	30mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
221	MONTELUKAST-TAB/CAP/GRAG/COMP-5MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
222	MOXIFLOXACINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
223	MULTIVITAMINAS+MINERALES TAB/CAP/COMP (S.M.N.F)	0	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
224	MULTIVITAMINAS+MINERALES JARABE (S.M.N.F)	0%	JBE.	X	
225	NAPROXENO SUSPENSION 125MG/5ML	125mg	SUSP.	X	
226	NAPROXENO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	250mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
227	NIFEDIPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG (HTA)	10mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
228	NIFEDIPINA(LIB. CONTROLADA) CAP/COMP 30 MG (HTA)	30 mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
229	NIMODIPINO TAB/CAP/GRAG/COMP Ó CAP30 MG	30mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
230	NISTATINA CREMA 100.000 U.I./G	100.000UI	CRE.	X	
231	NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES 100.000 U.I.	100.000UI	TAB VAG OVULOS	X	
232	NISTATINA SUSPENSION 100.000 U.I./ML	20mg/2ml	SUSP.	X	
233	NITAZOXANIDA-SUSP.-2G	400mg	SUSP.	X	
234	NITAZOXANIDA-TAB/CAP/GRAG/COMP-500MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
235	NITROFURANTOINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
236	NORFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 400 MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
237	OMEPRAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
238	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0*5 MG/ML (0*05%)	0*5 mg/ml (0*05%)	SOL.	X	
239	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0.25MG/ML (0.025%)	0.025%	GOT.	X	
240	PARCHE OCULAR ADULTO	-	PARCHE	X	

241	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 1.200.000 U.I.	1200000UI	AMP/VIAL	X	
242	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 2.400.000 U.I.	2400000UI	AMP/VIAL	X	
243	PENTOXIFILINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG	400mg%	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
244	PIRANTEL/OXANTEL-SUSP.-(250/250)MG/5ML	250/250mg/5ml	SUSP.	X	
245	PIROXICAM GEL X 30 G	30 g	GEL.	X	
246	PIROXICAM TAB/CAP/GRAG/COMP X 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
247	PLATA SULFADIACINA CREMA 1%	0,01	CRE.	X	
248	PODOFILINA LOCION 20 %	20%	LOC.	X	
249	PRAZOCIN-TAB/CAP/GRAG/COMP-1MG	1mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
250	PREDNISOLONA TAB/GRAG/COMP 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
251	PREDNISOLONA + FENILEFRINA FCO GOT 1 % + 0.12 %	Got 1 % + 0.12 %	FCO	X	
252	PREDNISOLONA-SUSP.-OFTALMICA(1%/5ML)	(1%/5ml)	SUSP.	X	
253	PREDNISOLONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-50MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
254	PRESERVATIVO "CONDON"	-	-	X	
255	PRIMAQUINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-15MG	15mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
256	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
257	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB80 MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
258	QUINAPRIL-TAB/CAP/GRAG/COMP-20MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
259	RETINOICO ACIDO CREMA 0.05%	0,05%	CRE.	X	
260	RISPERIDONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-3MG	3mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
261	SALBUTAMOL (SULFATO)FCO2 MG / 5 ML (0.04%)	2mg/ml	SOL.	X	
262	SALBUTAMOL(SULFATO) AEROSOL 100 MCG/INHALACIÓN	100mcg	AER.	X	
263	SALES DE REHIDRATACION ORL SOBRE FÓRMULA OMS	5g/100ml	POLV.	X	
264	SALES DE REHIDRATACION ORL-FCO-	400mg	FCO	X	
265	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
266	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	SUSP.	X	
267	SERTRALINA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
268	SUCRALFATE TAB/CAP/GRAG/COMP 1 G	0.1%	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	

269	SULFATO DE ZINC SUSP FCO 120ML	120ml	FCO	X	
270	SULFATO DE ZINC TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
271	TEOFILINA ELIXIR 80 MG/15 ML	80mg/15ml	ELIX.	X	
272	TEOFILINA LIBERACION LENTA TAB/CAP/COMP 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
273	TERBINAFINA 1% CREMA TOPICA TUB20G	20g	CRE.	X	
274	TERAZOSIN TAB/CAP/GRAG/COMP 5MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
275	TERBINAFINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-250MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
276	TETRACICLINA(CLORHIDRATO) CAP/COM/TAB 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
277	TIAMINA (VITAMINA B1) AMP/VIAL 100 MG/ML	100mg/ml	AMP/VIAL	X	
278	TIAMINA (VITAMINA B1) CAP/TBL/COM 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
279	TIMOLOL MALEATO COLIRIO 5 MG/ML (0.5%)	5 mg/ml (0.5%)	GOT.	X	
280	TINIDAZOL TAB/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
281	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-2MG	2mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
282	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-4MG	4mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
283	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA-COL.-0*03	0.3mg	COL.	X	
284	TRAMADOL (CLORHIDRATO) SOLUCION ORAL 100 MG/ML(10%)	100 mg/ml(10%)	SOL.	X	
285	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 100 MG/ML	100mg/ml	AMP/VIAL	X	
286	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 50 MG/ML	50 mg/ml	AMP/VIAL	X	
287	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
288	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
289	TRIMEBUTINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
290	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL SUSP (40+200)MG 120ML	40+200mg/5ml	SUSP.	X	
291	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL TAB/COMP (160+800)MG	160+800mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
292	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL(F) SUSP (80MG/400)MG	80+400mg	SUSP.	X	
293	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOLFCO(40+200) 60ML	(40+200) 60ml	FCO	X	
294	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 80 + 400) MG	(80+400)mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
295	UREA-CREMA.-(10-40)%	10-40)%	CRE.	X	

296	VALPROICO ACIDO JAREBE 250 MG/5 ML	250mg/ml	JBE.	X	
297	VALPROICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	250mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
298	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-160MG	160mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
299	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
300	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB 240MG	240mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
301	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB120 MG	120mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
302	VERAPAMILO RETARD-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
303	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 100.000 U.I.	100000UI	PER.	X	
304	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 50.000 U.I.	50000UI	PER.	X	
305	VITAMINA B12 AMP 1ML/1MG 1ML	1ml/1mg	AMP/VIAL	X	
306	VITAMINA D3 TAB/CAP/GRAG/COMP 0.25MCG	0.25mcg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
307	VITAMINA E CAPSULA 400 UI	400UI	PER.	X	
308	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 10MG/ML	10mg	AMP/VIAL	X	
309	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 1MG/ML	1mg/ml	AMP/VIAL	X	
310	WARFARINA(SÓDICA) TAB/COM/GRAG 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
311	YODOPOVIDONA SOLUCION BUCOFARINGEOX 120 ML	120 ml	SOL.	X	
312	YODOPOVIDONAFCO10%	10%	FCO	X	
313	ZINC + MULTIVITAMINAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-S.M.N.F.	0	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
314	ZINC OXIDO+NISTATINA CREMA TOPICA 5%+100.000 U.I	5%+100.000 U.I	CRE.	X	
315	ZINC+MULTIVITAMINAS-GRANULADO-S.M.N.F	0	TAB/CAP/GRAG/COMP	X	
316	CLARAX ANTISEPTICO TABLETAS MASTICABLES	0	TABLETAS MASTICABLES	X	
317	Clarax Enjuague Antiseptico Bucal		Enjuague Antiseptico	X	
318	Clarax Enjuague Antiseptico Bucal SPRAY		Enjuague Antiseptico	X	
319	Clarax Gel Tubo x 30 gr		Antiseptico Gel	X	
320	GASTACID SACHETS X 10 ML		SOBRES	X	
321	ROSUVASTATINA 40 MG	40 mg	TABLETAS	X	
322	FENOFIBRATO CAPSULAS X 200 MG	200 MG	TABLETAS	X	
323	BETAHISTINA TABLETAS X 16 MG	16 mg	TABLETAS	X	
324	BETAHISTINA TABLETAS X 8 MG	8 Mg	TABLETAS	X	
325	Mupirocina Crema al 2% tubo	Crema	Crema	X	

INSUMOS

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

OTRAS CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITABLES DE CUMPLIMIENTO

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO GRUPO I	OFRECE	
		SI	NO
1	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de consulta externa en horarios comprendidos entre el lunes al sábado, así: de lunes a viernes entre las 07:00 a las 18:00 horas y los días sábados de 08:00 a 12:00 horas.	X	
2	El servicio deberá prestarse previa autorización del supervisor del contrato o con el facilitador del ESP Dagua previa (ODP), o de la manera en que la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA lo estime.	X	
3	La entidad deberá contemplar buenas prácticas ambientales, es decir sus procesos serán amigables con el medio ambiente.	X	
4	El oferente deberá prestar sus servicios ofertados, en el municipio de DAGUA, Departamento del Valle del Cauca, donde se cuenta con un E.S.P, el cual es liderado por un Coordinador designado por la Jefatura de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA	X	
5	El contratista deberá contar con formato formula seriada para la prescripción de medicamentos ambulatorios	X	
6	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de DISPENSACION DE MEDICAMENTOS en horarios comprendidos entre el lunes a sábado, asi: de lunes a viernes entre las 07:00 a las 18:00 horas y los días sábados de 08:00 a 12:00 horas.	X	
7	El servicio deberá prestarse previa autorización del supervisor del contrato o con el facilitador del ESP Dagua previa (ODP), o de la manera en que la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA lo estime.	X	
8	Dispensar medicamentos en denominación genérica	X	
9	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de laboratorio, citología cervical y electrocardiograma en horarios comprendidos entre 07:00 a 18:00 horas y los sábados de 08:00 a 12:00M	X	
10	**Capacidad operativa:** Se requiere que la entidad a contratar cuente con áreas físicas, capacidad de Instalaciones, equipos, logística, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que deban ser verificados, previamente por el comité técnico nombrado para evaluar el proceso	X	
11	Según corresponda, el oferente y futuro contratista deberá cumplir las obligaciones fijadas por los distribuidores y comercializadores en la **Resolución** número **0371 de 2009**, por la cual se establecen los elementos que deben ser considerados en los Planes de Gestión de Devolución de Productos Posconsumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos.4 mar. 2009 expedida por el Ministerio de Ambiente, o aquella norma que la modifique, adicione o	X	

	sustituya, presentando la aprobación ante la autoridad ambiental competente del Sistema de Recolección Selectiva y Gestión Ambiental de Fármacos o Medicamentos Vencidos que posea o este participando y enviar a la respectiva unidad policial, los lineamientos y procedimientos para su participación como consumidores.		
12	**NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO** Con el fin de garantizar la excelente prestación del servicio se requiere personal Técnico, Profesional y/o Especializado encargado de prestar los servicios, el proponente deberá certificar que este personal cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia relacionado con el objeto del presente contrato; el personal deberá acreditar estudios, profesionales o especializados en instituciones de educación aprobadas en Colombia, en cada una de las áreas de la salud objeto del contrato a suscribir.	X	
13	**EXPERIENCIA EN TIEMPO DEL MERCADO** El Oferente deberá acreditar como mínimo un año de experiencia en el mercado y sus servicios deberán estar habilitados ante la Secretaria Departamental de Salud, de acuerdo a la Resolución 003100 de 2019	X	
14	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** El proponente deberá certificar que el personal vinculado y que desarrollará los diferentes procesos relacionados con el objeto del contrato, cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia de mínimo un año en la práctica de los mismos.	X	
15	**EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO** Los oferentes deben cumplir las especificaciones técnicas establecidas, de acuerdo a lo estipulado en el presente estudio de conveniencia y oportunidad; con el fin, de garantizar la calidad en los servicios adquirir, se requiere que el oferente acredite experiencia durante los últimos tres años(2018, 2019 y/o 2020) en la prestación de servicios de salud de Baja y Mediana complejidad, La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del contrato a suscribir y a su valor; para lo cual presentará **hasta cuatro (04) certificaciones de contratos ejecutados** cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igua o supere el 50% del valor ofertado. Las certificaciones deben contener la siguiente información: • Objeto del contrato • No. Del contrato • Valor • Plazo • Fechas de inicio y finalización del contrato • Cumplimiento • Nombre y NIT del contratante y del contratista	X	

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES VERIFICABLES

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

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

NOTA: una vez verificada la oferta de SU IPS DAGUA se realiza cruce de información entre la oferta y la invitación, toda vez que los soportes e información presentada no se encuentran en el orden conforme a la invitación, pero se evidencia que si corresponde a los requisitos establecidos.

NOTA: el oferente dentro de su oferta estableció que no contaba con los servicios de ambulancia, este ítem no se tendrá en cuenta toda vez que no se pidió y no hace parte de los requisitos establecidos.

GRUPO 2. PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA Y TERAPIA FISICA, OFERENTE MAURICIO ESCOBAR

ÍTEM	DESCRIPCIÓN ELEMENTO	OFRECE	NO OFRECE
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA - VALORACION	X	
2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA - VALORACION	X	
3	INTERCONSULTA POR SESION DE TERAPIA FISICA. 1 SESION	X	
4	INTERCONSULTA POR SESION TERAPIA RESPIRATORIA. 1 SESION	X	
5	TERAPIA FISICA INTEGRAL. 1 SESION	X	
6	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL. 1 SESION	X	

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO DEL GRUPO II FISIOTERAPIA	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Se requiere tener activos los centros de rehabilitación El horario será comprendido así: de lunes a viernes entre las 08:00 a las 18:00	X	
2	El servicio de rehabilitación deberá prestarse previa autorización del supervisor del contrato o con el facilitador del ESP Dagua previa (ODP), o de la manera en que la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA lo estime.	X	
3	La entidad deberá contemplar buenas prácticas ambientales, es decir sus procesos serán amigables con el medio ambiente.	X	
4	El oferente deberá prestar sus servicios ofertados, en el municipio de DAGUA, Departamento del Valle del Cauca, y en el corregimiento donde tengan las sedes donde se cuenta con un E.S.P, el cual es liderado por un Coordinador designado por la Jefatura de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.	X	
5	**Capacidad operativa:** Se requiere que la entidad a contratar cuente con áreas físicas, capacidad de Instalaciones, equipos, logística, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que deban ser verificados, previamente por el comité técnico nombrado para evaluar el proceso	X	
6	**NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO** Con el fin de garantizar la excelente prestación del servicio se requiere personal Técnico, Profesional y/o Especializado encargado de prestar los servicios, el proponente deberá certificar que este personal cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia relacionado con el objeto del presente contrato; el personal deberá acreditar estudios, profesionales o especializados en instituciones de educación aprobadas en Colombia, en cada una de las áreas de la salud objeto del contrato a suscribir.	X	
7	**EXPERIENCIA EN TIEMPO DEL MERCADO** El Oferente deberá acreditar como mínimo un año de experiencia en el mercado y sus servicios deberán estar habilitados ante la Secretaria Departamental de Salud, de acuerdo a la Resolución 003100 de 2019	X	
8	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** El proponente deberá certificar que el personal vinculado y que desarrollará los diferentes procesos relacionados con el objeto del contrato, cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia de mínimo un año en la práctica de los mismos.	X	

9	**EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO** Los oferentes deben cumplir las especificaciones técnicas establecidas, de acuerdo a lo estipulado en el presente estudio de conveniencia y oportunidad; con el fin, de garantizar la calidad en los servicios adquirir, se requiere que el oferente acredite experiencia durante los últimos tres años(2018, 2019 y/o 2020) en la prestación de servicios de salud de Baja y Mediana complejidad, La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del contrato a suscribir y a su valor; para lo cual presentará **hasta cuatro (04) certificaciones de contratos ejecutados** cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igua o supere el 50% del valor ofertado. Las certificaciones deben contener la siguiente información: • Objeto del contrato • No. Del contrato • Valor • Plazo • Fechas de inicio y finalización del contrato • Cumplimiento Nombre y NIT del contratante y del contratista	X	

Al realizar la verificación de los requisitos para el proceso de contratación, con las entidades SU IPS DAGUA para el grupo Nº 1 y servicios de consulta y terapia física MAURICIO ESCOBAR para el grupo Nº 2, podemos concluir que las entidades cumplen con los requisitos establecidos en la invitación publica del proceso PN RASES4 MIC 014/2023

Atentamente.

Yuliana Herrera P.

Patrullera **YULIANA HERRERA PAVAS**
Auxiliar Odontología ESPRI FATIMA

ENF JEFE. **STEFANY DE LA ROSA BENITEZ**
Líder PYM ESPRI FATIMA

Elaborado por: PT. YULIANA HERRERA PAVAS
ENF JEFE. STEFANY DE LA ROSA BENITEZ
Revisado Por: CT. CINTIA CARABALI
Fecha de Elaboración: 03/04/2023
Ubicación F/ Mis documentos/ OFICIOS 2023

Av. 10N 16N 21 Barrio Granada Cali
Teléfono: 6617272 ext. 5366
Deval.espri-fat@policia.gov.co
WWW.POLICIA.GOV.CO

INFORMACIÓN PÚBLICA