Contrato No. **068-8-200034-23 (SFI 034) REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5**

Bucaramanga, 12 ABRIL 2023

Señora
MARTHA ESPERANZA PARADA MONTES
Representante Legal
COOPERATIVA DE SERVICIOS EMPRESARIALES INSERCOOP.
NIT. 807008278-4
Calle 15 No. 0-39 Barrio LA PLAYA-
Teléfono 3134098958 – 5784902
E-MAIL: radicacionfacturas@insercoop.com.co, administrativo@Insercoop.com.co
Cúcuta-Norte de Santander.

Asunto: Aceptación Oferta proceso No. PN RASES No. 5 MIC 019 2023

Con toda atención me permito informarle que la propuesta presentada por usted dentro del proceso **PN RASES No. 5 MIC 019 2023,** cuyo objeto es el **"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 080 DE 2022 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN LOS MUNICIPIOS ARBOLEDAS, BOCHALEMA, BUCARASICA, CÁCOTA, CHINÁCOTA, CHITAGÁ, CUCUTILLA, DURANIA, EL TARRA, EL ZULIA, GRAMALOTE, HERRÁN, LABATECA, ZULIA, LOURDES, MUTISCUA, PAMPLONITA, PUERTO SANTANDER, RAGONVALIA, SALAZAR DE LAS PALMAS, SAN CAYETANO, SANTIAGO, SARDINATA, SILOS, TEORAMA, TIBU, TOLEDO, VILLA CARO, AGUA CLARA, BANCO DE ARENA, BUENA ESPERANZA, CAMPO DOS, CARMEN DE NAZARETH, CORNEJO, GUAMALITO, LA DON JUANA, LA GABARRA, LAS MERCEDES, PETROLEA, REFINERÍAS Y TRES BOCAS"**, por la suma de **OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($8.400.000) M/CTE INCLUIDO IVA,** ha sido aceptada por esta Regional de Aseguramiento, así:

CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
ORDENADOR DEL GASTO	Mayor VIVIANA PATRICIA MENDIVELSO DUARTE
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	52.431.820 de Bogotá.
CARGO	JEFE (e) REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5.
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Orden Interna Número 047 del 27 de marzo de 2023, 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 047 del 27 de marzo de 2023, emanada de la Dirección de Sanidad.
CONTRATISTA	**ENTIDAD**: **COOPERATIVA DE SERVICIOS EMPRESARIALES INSERCOOP.** **NIT**: 807008278-4 **Representante Legal:** MARTHA ESPERANZA PARADA MONTES **Cedula de Ciudadanía** No. 27.673.504 de Cucutilla – Norte de Santander **CIUDAD NOTIFICACIÓN**: Cúcuta-Norte de Santander **DIRECCIÓN**: Calle 15 No. 0-39 Barrio LA PLAYA **Teléfono**: 3134098958 - 5784902 **E-MAIL:** radicacionfacturas@insercoop.com.co
SUPERVISOR DEL CONTRATO	La Supervisión del contrato será llevada a cabo por el funcionario RESPONSABLE DE LA OFICINA DE TRASCRIPCIÓN DE FORMULAS MEDICAS 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 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. • Elaborar y remitir el proyecto de liquidación del contrato, una vez terminado, ejecutado y cancelado en su totalidad, según Código: 2BS-FR-0023 Versión 5 del 12 de marzo de 2021, ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL.
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 la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, la facturación en medio físico de los servicios prestados en el mes INMEDIATAMENTE ANTERIOR de la ejecución del contrato.

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) al correo de central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander N° 5 denor.upre-ccu@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 22E #2E – 03 Barrio Tasajero - Cúcuta, 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 Redes Integrales- Referencia y Contrareferencia de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander adicionando los siguientes documentos:

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

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, Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN. 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. El prestador deberá enviar las facturas electrónicas de venta (factura por factura) al correo electrónico que defina el supervisor: josedario031283@hotmail.com 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. Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML). 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**

Todo servicio prestado que no cuente con el formato de autorización por parte de la Oficina de Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander.
Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el Decreto 4747/2007.
Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.

LOS SERVICIOS QUE NO CUENTEN CON EL DEBIDO RESPALDO DE AUTORIZACIÓN O NOTIFICACIÓN EMITIDA POR LA OFICINA DE REDES INTEGRALES DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER EN LA CIUDAD DE CÚCUTA.

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.
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.

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.
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.
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: COOPERATIVA DE INVERSIONES Y SERVICIOS EMPRESARIAL

<table>
<tr><td></td><td>BANCO: BANCO DE BOGOTA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 260743570</td></tr>
<tr><td>VALOR</td><td>El valor estimado para el presente proceso contractual es de OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($8.400.000) M/CTE INCLUIDO IVA, Correspondiente al presupuesto de la vigencia fiscal 2023:
<table>
<tr><th>ÍTEM Y/O LOTE</th><th>RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL</th><th>UNIDAD</th><th>DESCRIPCIÓN</th><th>RECURSO</th><th>CANTIDAD</th><th>VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA,</th><th>VALOR TOTAL ESTIMADO INLCUIDO IVA,</th></tr>
<tr><td>1</td><td>A-02-02-01-003-005</td><td>UPRES DENOR</td><td>SERVICIOS DISPENSACION DE MEDICAMENTOS</td><td>16</td><td>1</td><td>$ 8.400.000</td><td>$ 8.400.000</td></tr>
<tr><td colspan="7">VALOR TOTAL ESTIMADO</td><td>$ 8.400.000</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>APROPIACIÓN PRESUPUESTAL</td><td>El anterior presupuesto está amparado con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF No. 37123 del 24 de marzo de 2023, expedido por la Jefatura de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5, por el valor total de OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($8.400.000)M/CTE INCLUIDO IVA.</td></tr>
<tr><td>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</td><td>Las contempladas en el Anexo No. 1 del presente documento.</td></tr>
<tr><td>GARANTIA UNICA</td><td>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 31/01/2024.

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: <u>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.</u>

<u>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.</u></td></tr>
<tr><td>SANCIONES</td><td>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 1º de la Ley 95 de 1.890 - las partes acuerdan que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5, mediante acto administrativo, hará efectivas multas sucesivas, cuyo valor se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0,5%) del valor dejado de cumplir o entregar, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario, que se descontara del saldo que le adeuda a la entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo, en el que se expresará las</td></tr>
</table>

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 los municipios de ARBOLEDAS, BOCHALEMA, BUCARASICA, CÁCOTA, CHINÁCOTA, CHITAGÁ, CUCUTILLA, DURANIA, EL TARRA, EL ZULIA, GRAMALOTE, HERRÁN, LABATECA, ZULIA, LOURDES, MUTISCUA, PAMPLONITA, PUERTO SANTANDER, RAGONVALIA, SALAZAR DE LAS PALMAS, SAN CAYETANO, SANTIAGO, SARDINATA, SILOS, TEORAMA, TIBU, TOLEDO, VILLA CARO, AGUA CLARA, BANCO DE ARENA, BUENA ESPERANZA, CAMPO DOS, CARMEN DE NAZARETH, CORNEJO, GUAMALITO, LA DON JUANA, LA GABARRA, LAS MERCEDES, PETROLEA, REFINERÍAS, TRES BOCAS. **DESCRIPCIÓN DEL PUNTO DE DISPENSACIÓN.** El punto de dispensación se regirá por las siguientes características: El contratista deberá garantizar que el punto de dispensación cumpla con requisitos mínimos de habilitación que exige el Ministerio de Protección Social, Secretaría de Salud o entidad competente, el cual debe funcionar los 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 suministro de medicamentos se prestará una vez entregada la fórmula médica debidamente diligenciada por el profesional médico u odontólogo la cual debe ser autorizada por el comandante de estación de cada municipio y presentación del documento de identidad del usuario, cumpliendo con todos los requisitos exigidos al respaldo de la misma: TODAS LAS CASILLAS DE LA FORMULA DEBEN ESTAR DILIGENCIADAS. LOS MEDICAMENTOS FORMULADOS DEBEN REGISTRARSE EN NOMBRE GENÈRICO, CONCENTRACION, VIA DE ADMINISTRACION, PRESENTACION Y CANTIDAD EN NÚMERO Y LETRAS. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LA FORMULA. EL USUARIO SOLO FIRMARA EL RECIBIDO CUANDO HAYA OBTENIDO LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS A SATISFACCION. **Máxima prescripción**: La prescripción y por tanto la entrega de medicamentos no podrá ser superior a 3 días calendario. **Verificación Derechos del usuario:** Los medicamentos deben ser entregados previa presentación de los documentos, que identifican el tipo de usuario, así: La verificación de derechos (Según el Decreto 4747 de 2007) la realiza la entidad, previo al diligenciamiento de cualquiera de los anexos, para esto solo basta con realizar la consulta en el **link afiliaciones**, es de notar que las unidades policiales en el Departamento de Policía, donde se firma autorización manual para la entrega de medicamentos, no cuenta con acceso a esta información, ya que esta es reservada desde la UPRES DENOR, pero para poder reclamar una fórmula de medicamentos, previo a este se debe originar una orden de atención emanada de la oficina de Redes Integrales-Referencia y Contrareferencia , donde se verifican los derechos de los afiliados; Así mismo es importante que la entidad realice la verificación en la página de la Administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud ADRES –anterior Fosyga-, realizando los respectivos reportes. **Nota 2:** Cuando se requieran medicamentos que no hayan sido incluidos en la descripción inicial de las condiciones técnicas, podrán ser prestados previa aprobación por escrito del ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5, supervisor y jefe de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander. Los valores que el CONTRATISTA cubre por estos medicamentos, no podrán exceder los precios del mercado, por lo cual obliga al supervisor a realizar estudios de mercado y aprobar el precio más conveniente con su respectivo descuento. El CONTRATISTA deberá sujetarse a dichos precios del mercado.
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 E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 080 DE 2022 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN LOS MUNICIPIOS ARBOLEDAS, BOCHALEMA, BUCARASICA, CÁCOTA, CHINÁCOTA, CHITAGÁ, CUCUTILLA, DURANIA, EL TARRA, EL ZULIA, GRAMALOTE, HERRÁN, LABATECA, ZULIA, LOURDES, MUTISCUA, PAMPLONITA, PUERTO SANTANDER, RAGONVALIA, SALAZAR DE LAS PALMAS, SAN CAYETANO, SANTIAGO, SARDINATA, SILOS, TEORAMA, TIBU, TOLEDO, VILLA CARO, AGUA CLARA, BANCO DE ARENA, BUENA ESPERANZA, CAMPO DOS, CARMEN DE NAZARETH, CORNEJO, GUAMALITO, LA DON JUANA, LA GABARRA, LAS MERCEDES, PETROLEA, REFINERÍAS, TRES BOCAS,*** objeto de la presente aceptación de oferta, se realizarán en 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. **No** | **PUNTO DE ATENCION (MUNICIPIO)** | **NOMBRE DE LA DROGUERÍA O FARMACIA** | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** 1 | ARBOLEDAS | DROGUERÍA INTEGRADOS EN SALUD ARBOLEDAS | Calle 2 No. 4-40 Barrio el Centro | 320- 9663937

		2	BOCHALEMA	Droguería Trujillo Bochalema	CARRERA 4 # 2-27 BARRIO LA NASA	322 4665009	
		3	BUCARASICA	DROGUERÍA INTEGRADOS BUCARASICA	Calle 2 No. 5-92 Barrio Betania	3142791341	
		4	CÁCOTA	Convenio - Droguería Medi - Cacota	Cra 2 No. 3-72 Barrio el Centro	3125566946	
		5	CHINÁCOTA	DROGUERIA INSERCOOP CHINACOTA	CARRERA 3 #11-09 BARRIO EL DIQUE CHINACOTA N.S	3143801848	
		6	CHITAGÁ	Convenio - Droguería Integrados Chitaga	Calle 5 No. 5-66 Barrio el Centro	3124484430	
		7	CUCUTILLA	Droguería Trujillo Cucutilla No. 2	Av. 4 # 4-71 barrio Sogamoso	3125895425	
		8	DURANIA	DROGUERÍA INTEGRADOS DURANIA	AV 4 No. 4-74 Barrio Sanmiguel	3228546851	
		9	EL TARRA	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263	
		10	EL ZULIA	Droguería Insercoop Zulia	CALLE 5 No.1-66 Barrio El Centro	310 5595073	
		11	GRAMALOTE	Convenio - Droguería Nuevo Gramalote	MZ 5 Casa 6 Barrio Santa Rosa	3133963701	
		12	HERRÁN	ESE JOAQUIN EMIRO ESCOBAR	CARRERA 3 # 4-86 PABLO VI	3123509486	
		13	LABATECA	Convenio - Droguería Integrados Labateca	Calle 4 No. 1-12 Barrio Divino Niño	312 4939894	
		14	LOURDES	Droguería Insercoop Lourdes	Calle 5 3-03 barrio La Plama	312 3590243	
		15	MUTISCUA	Convenio - Droguería Botica Comunitaria	Cra 3 No. 8-45 Barrio el Centro	3118690446	
		16	PAMPLONITA	Convenio - Droguería Integrados Pamplonita	Calle 5 No. 1-49 Barrio el centro	310 2716098	
		17	PUERTO SANTANDER	Droguería Insercoop Puerto Santander	CRA 4 No. 6-251 Barrio La Punta	3182371742	
		18	RAGONVALIA	Convenio - Droguería Comunitaria San Miguelito	Av. 4 # 7-62 Barrio El Centenario	3138511784	
		19	SALAZAR DE LA PALMAS	Droguería Trujillo Salazar	CARRERA 6 # 4-33 BARRIO GUARAMITO	3117067259	
		20	SAN CAYETANO	Convenio - Droguería Integrados San cayetano	Cra 4 No. 1-48 Barrio el Llano	3105847425	
		21	SANTIAGO	Convenio - Droguería San Roque & Yofran	CRA 3 NO. 5-26 BARRIO PUEBLO NUEVO	3138198546	
		22	SARDINATA	DROGUERIA INSERCOOP SARDINATA	CALLE 5 # 4-60 BARRIO EL CENTRO SARDINATA N.S.	3202860783	
		23	SILOS	Convenio - Droguería Farmaluz	Cra 4 No. 3-71 Barrio Santo Domingo	3223825513	
		24	TEORAMA	Convenio - Droguería Margreth IPS	Calle 6 No. 3-27 La Sousa	3125471769	
		25	TIBÚ	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263	
		26	TOLEDO	Convenio - Droguería Famitoledo	CRA 5 NO. 12-77 BARRIO EL PROGRESO	3223654470	
		27	VILLA CARO	Convenio – Droguería Santa Rita	KDX 14 Barrio Delicias	3223664336	
		28	AGUA CLARA	DROGUERÍA INSERCOOP AGUA CLARA	AVENIDA PRINCIPAL # 16-29 BARRIO CENTRO AGUA CLARA VIA PUERTO	3145707156	
		29	BANCO DE ARENA	DROGUERÍA INSERCOOP AGUA CLARA	AVENIDA PRINCIPAL # 16-29 BARRIO CENTRO AGUA CLARA VIA PUERTO	3145707156	
		30	BUENA ESPERANZA	DROGUERÍA INSERCOOP AGUA CLARA	AVENIDA PRINCIPAL # 16-29 BARRIO CENTRO AGUA CLARA VIA PUERTO	3145707156	
		31	CAMPO DOS	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263	
		32	CARMEN DE NAZARETH	Convenio – Droguería J Pabón	Calle Principal - corregiemto Carmen Nazareth	320 4227226	
		33	CORNEJO	Droguería Insercoop Zulia	CALLE 5 No.1-66 Barrio El Centro	310 5595073	

34	EL TARRA	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263
35	GUAMALITO	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263
36	LA DON JUANA	Droguería Trujillo Bochalema	CARRERA 4 # 2-27 BARRIO LA NASA	322 4665009
37	LA GABARRA	Convenio – Droguería María José	Calle 15 No. 12-29 Barrio 11 noviembre Parte Baja	314 3369350
38	LAS MERCEDES	Convenio – Droguería Peña	Av 1 No. 251- Corregimiento las Mercedes	3228695712
39	PETROLEA	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263
40	REFINERÍAS	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263
41	TRES BOCAS	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263

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

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES.

FECHA:		VALOR DEL CONTRATO	
ENTIDAD:		ADICION No 1	
CONTRATO No:		ADICION No 2	
FECHA DE INICIO		TOTAL	
FECHA DE TERMINACION			

DIAS SEMANA	FECHA	VALOR EJECUTADO	No. USUARIOS	No. 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 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.
21. Los medicamentos que se suministren deberán estar contemplados en el Acuerdo 080 de 2022 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 NO POS y Acuerdo 080 de 2022.
22. El servicio será prestado en los diferentes municipios descritos en el objeto del contrato, con criterios de oportunidad. Continuidad. Accesibilidad. Seguridad. Eficacia. Eficiencia y pertinencia.
23. Verificar la información del usuario (verificación de derechos) que permita establecer que pertenece al Subsistema de Salud de la POLICIA NACIONAL.
24. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento.
25. 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.
26. El contratista DEBERA EXPEDIR CERTIFICACION MENSUAL EN LA CUAL CONSTE QUE NO TIENE FACTURAS PENDIENTES CON LOS SERVICIOS DEL MES PRESTADOS.
27. 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.
28. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.
29. 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.
30. 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.
31. Una vez se dé carta de inicio al contrato el Oferente deberá 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.

	36. 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. 37. 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 medicamentos prestados como Urgentes. Los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica. Debiendo ser reportados a la Oficina de Redes Integrales-referencia y contrareferencia 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. 38. 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). 39. 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. 40. Se desarrollara una reunión cada 2 meses, o reunión extraordinaria si por necesidad se requiere, 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. 41. 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". 42. 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.
OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	**OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No 5** 1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado. 2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Coordinador, a través de quien la **POLICÍA NACIONAL** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**. 3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Coordinador designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar. 4. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico. 5. 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 POLICÍA NACIONAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento. 6. Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto. 7. 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. 8. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual. 9. Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales. 10. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

De acuerdo a lo anterior, el Comité Evaluador, el señor Intendente **JOSE DARIO JAIMES BALAGUERA**, (comité técnico) y el señor CPS-04 **JUAN DAVID ALVAREZ CARVAJAL** Abogado de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander (comité Jurídico), recomendaron a la señora **JEFE (E) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5**, adjudicar el proceso **PN RASES No. 5 MIC 019 2023** cuyo objeto es el ***"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 080 DE 2022 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN LOS MUNICIPIOS ARBOLEDAS, BOCHALEMA, BUCARASICA, CÁCOTA, CHINÁCOTA, CHITAGÁ, CUCUTILLA, DURANIA, EL TARRA, EL ZULIA, GRAMALOTE, HERRÁN, LABATECA, ZULIA, LOURDES, MUTISCUA, PAMPLONITA, PUERTO SANTANDER, RAGONVALIA, SALAZAR DE LAS PALMAS, SAN CAYETANO, SANTIAGO, SARDINATA, SILOS, TEORAMA, TIBU, TOLEDO, VILLA CARO, AGUA CLARA, BANCO DE ARENA, BUENA ESPERANZA, CAMPO DOS, CARMEN DE NAZARETH, CORNEJO, GUAMALITO, LA DON JUANA, LA GABARRA, LAS MERCEDES, PETROLEA, REFINERÍAS Y TRES BOCAS"***, a la entidad **COOPERATIVA DE SERVICIOS EMPRESARIALES INSERCOOP, de Nit** 807008278-4, por un valor de **OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($8.400.000) M/CTE 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;

Mayor **VIVIANA PATRICIA MENDIVELSO DUARTE**
Jefe (E) REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Elaboró: SI. Oscar Enrique Espinosa Barrios
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: 10/04/2023

"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
31723	37323	209	213

	SIIF	SFI	DESCRIPCION
UNIDAD ESTADISTICA		S30	AO	160102 - 1522600

TPO	CLA	CTA	SCTA	OBG	REC	VALOR
A	02	02	02	009	03	**VA $ 8.400.000**
TOTAL						**VT $ 8.400.000**

JEFE DE PRESUPUESTO

FECHA: Abril 11/2023

ANEXO No. 1

OFERTA ECONÓMICA LISTADO DE PRECIOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS

N°	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR
1	ACEITE DE RICINO SOLUCIONES ORAL	MILILITRO	$ 8.122
2	ACETAMINOFEN + TRAMADOL 325 + 37.5 MG T	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 976
3	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML JARABE/SUSPENSION/	MILILITRO	$ 4.658
4	ACETAMINOFEN de 100 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/SUSPENSION	MILILITRO	$ 4.099
5	ACETAMINOFEN de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 465
6	ACETILCISTEINA 100MG GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	$ 2.102
7	ACETILCISTEINA de 2 % JARABE ORAL	MILILITRO	$ 17.653
8	ACETILCISTEINA de 600 GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	$ 4.075
9	ACICLOVIR de 2 % JARABE/SUSPENSION/ ORAL	MILILITRO	$ 19.780
10	ACICLOVIR de 200 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 207
11	ACICLOVIR de 3 % CREMA/UNGUENTO/GEL OFTALMICO	GRAMO	$ 60.890
12	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ VAGINAL VAGINAL C	GRAMO	$ 186.579
13	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ / TOPICA (EXTERNA) C	GRAMO	$ 7.644
14	ACICLOVIR de 800 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 1.867
15	ACIDO ACETIL SALICILICO de 100 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 465
16	ACIDO ACETIL SALICILICO de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 1.091
17	ACIDO VALPROICO 250MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	$ 8.268
18	ALBENDAZOL 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/ O	SACHET/FRASCO	$ 4.658
19	ALBENDAZOL de 200 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 698
20	ALCOHOL POLIVINILICO 1.4% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 6.400
21	ALENDRONATO de 70 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 1.018
22	ALFAMETILDOPA de 250 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 2.911
23	ALFAMETILDOPA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 3.661
24	ALGINATO DE SODIO + ALUMINI HIDROXIDO+MAGNESIO CARBONA(0.63+2.39) G/100ML SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	$ 79.671
25	ALOPURINOL de 100 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 1.015
26	ALOPURINOL de 300 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERL	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 806
27	ALPRAZOLAM de 0,25 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 1.969
28	ALPRAZOLAM de 0,5 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 3.640
29	ALUMINIO + MAGNESIO HIDROXIDO + SIMETICONA / DIMETILPOLISILOXANO (4+4+0,4)G SUSPENSIONE	MILILITRO	$ 13.789
30	ALUMINIO ACETATO 0,05% CREMA TOPICA (EXT	GRAMO	$ 61.396
31	ALUMINIO ACETATO EMULSION/LOCION TOPICA 0,05 % (EXTERNA)	MILILITRO	$ 8.069
32	ALUMINIO ACETATO SOBRE POLVOS TOPICA (E	SOBRE	$ 3.240
33	ALUMINIO HIDROXIDO 234 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 931
34	ALUMINIO HIDROXIDO 6% SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	$ 11.646
35	AMANTADINA de 100 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 1.530
36	AMIKACINA 100MG/2ML AMPOLLA L	AMPOLLA/VIAL	$ 4.658
37	AMIKACINA 500MG/2ML AMPOLLA	AMPOLLA/VIAL	$ 4.658
38	AMIODARONA de 200 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 1.396
39	AMITRIPTILINA HCL de 25 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 465
40	AMLODIPINO de 10 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 465
41	AMLODIPINO de 5 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 465
42	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (400+57)MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 25.622
43	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (500+125)MG	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 3.296
44	AMOXICILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 12.960
45	AMOXICILINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 698
46	AMPICILINA + SULBACTAM 250MG/5ML JARABE/SUSPENSION ORAL	MILILITRO	$ 72.144
47	AMPICILINA + SULBACTAM de 375 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 4.268
48	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATOSUSPENSION ORAL250MG/5 ML	MILILITRO	$ 6.987
49	AMPICILINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 698
50	ANTIPIRINA + BENZOCAINA GLICERINA 50+10MG GOTAS OTICO AURICULAR	MILILITRO	$ 78.408
51	ANTISEPTICO BUCOFARINGEO de 8 % SOLUCIONES	MILILITRO	$ 9.096
52	ASCORBICO ACIDO de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 698
53	ACIDO ASCORBICO SOLUCION ORAL	FRASCO 100 MG/ML F.Farm: SOLUCION	$ 9.359
54	ATORVASTATINA 20MG	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 698
55	ATORVASTATINA 40MG	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 2.285
56	ATROPINA SULFATO de 1 % COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 29.477
57	AZITROMICINA 200MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 10.677
58	AZITROMICINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 2.794
59	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/PULVERIZACION INHALADOR NASAL	INHALACIÓN/DISPARO	$ 18.634
60	BECLOMETASONA DIPROPIONA 250MCG/PULVERIZACION INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPARO	$ 25.009
61	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/INHALACION AEROSOL BUCAL	INHALACIÓN/DISPARO	$ 18.016

62	BENCILO BENZOATOLOCION TOPICA25%	MILILITRO	$ 9.738
63	BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL400.000 UI	AMPOLLA/VIAL	$ 6.286
64	BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL800.000 UI	AMPOLLA/VIAL	$ 4.658
65	BENZIDAMIDA de 9,4 GRAMO POLVOS TOPICA (EX	GRAMO	$ 24.571
66	BETAMETASONA 0,6 % AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 56.570
67	BETAMETASONA + ACIDO SALICILICO (0.05+3)% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 47.336
68	BETAMETASONA 17 VALERATO de 0,1 % UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 6.131
69	BETAMETASONA de 0,4 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 3.493
70	BETAMETASONA DIPROPIONATO 0,05% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 9.198
71	BETAMETILDIGOXINA 0.1 MG	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 1.629
72	BETAMETILDIGOXINA 0.6MG/ML GOTAS ORAL	FRASCO	$ 40.595
73	BIPERIDENO de 2 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE	$ 698
74	BISACODILOTAB/CAPS/GRAG/ COMP5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
75	BRIMONIDINA TARTRATO de ,2 % COLIRIO OFTAL	MILILITRO	$ 21.326
76	BROMAZEPAM de 6 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 511
77	BROMAZEPAMTAB/CAPS/GRAG/ COMP3MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 4.309
78	BROMOCRIPTINA de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.663
79	BUDESONIDA 200MCG/DOSIS de 200 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPARO	$ 52.380
80	BUDESONIDA 50MCG/DOSIS de 50 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPARO	$ 28.339
81	CABERGOLINA de 0,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 8.687
82	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D 600MG+200U.I.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
83	CALCIO CARBONATO 600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
84	CALCIO FOSFATO + VITAMINA D 600MG+125U.I.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 281
85	CALCIO FOSFATO 500-600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 225
86	CALCITRIOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP0.50MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
87	CALCITRIOL 0.25MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 228
88	CAPSAICINA 0.025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 106.265
89	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
90	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
91	CARBAMAZEPINA de 20 MILIGRAMOS/MILILITRO SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	$ 6.831
92	CARBAMAZEPINA RETARD de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 364
93	CARBAMAZEPINA RETARD de 400 MG TABLETAS DE LIBERACION RETARDADA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 728
94	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA de 10 mg/ml COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 21.897
95	CARVEDILOL de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.089
96	CARVEDILOL de 6,25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 272
97	CARVEDILOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP12.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 545
98	CEFALEXINA 250MG/5ML JARABE/	MILILITRO	$ 7.764
99	CEFALEXINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.191
100	CEFRADINA POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL1G	AMPOLLA/VIAL	$ 6.120
101	CEFRADINA COMP 500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.164
102	CEFUROXIMA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 4.014
103	CEFUROXIMA 50 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/	MILILITRO	$ 79.452
104	CETIRIZINA (CLORHIDRATO)SOLUCION ORAL1% (10MG/ML)	MILILITRO	$ 8.100
105	CETIRIZINA de 1 mg/ml JARABE/ oral	MILILITRO	$ 14.044
106	CETIRIZINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
107	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12) de 1000 mcg AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL	$ 6.252
108	CICLOPENTOLATO de 1 % COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 74.127
109	CICLOSPORINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 9.048
110	CICLOSPORINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.262
111	CIPROFIBRATO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 791
112	CIPROFLOXACINA + DEXAMETASONA (3+1)MG/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 35.357
113	CIPROFLOXACINA + FLUOCINOLONA (3+0.25)MG GOTAS OTICO AURICULAR	MILILITRO	$ 67.734
114	CIPROFLOXACINA 0,3% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 15.420
115	CIPROFLOXACINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 814
116	CIPROTERONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.078
117	CIPROTERONA ACETATO+ETILINESTRADIOL (2+0.035)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 432
118	CLARITROMICINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 25.858
119	CLARITROMICINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.483
120	CLEMASTINA 2MG/2ML SOLUCION INYECTABLE PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 16.200
121	CLINDAMICINA 100 MILIGRAMOS OVULO/	OVULO/TABLETA/CAPSUL	$ 8.623
122	CLINDAMICINA de 1 % SOLUCIONES TOPICA (EXTER	MILILITRO	$ 38.110
123	CLINDAMICINA de 2 % CREMAUNGUENTO VAGINAL	GRAMO	$ 37.515
124	CLINDAMICINA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.667
125	CLOBAZAM de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.445
126	CLOBAZAM de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.308
127	CLOBETASOL PROPIONATO (CREMA) de 0,05 %	GRAMO	$ 10.631
128	CLOBETASOL PROPIONATO (LOCION) de 0,05 %	MILILITRO	$ 48.402
129	CLONAZEPAM de 2,5 MILIGRAMOS/MILILITRO GOT	MILILITRO	$ 7.639
130	CLONAZEPAM 0,5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 756
131	CLONAZEPAM 2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 756
132	CLONIDINA de 0,15 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
133	CLOPIDOGREL de 75 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.411

134	CLORFENIRAMINA / COMP4MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 348
135	CLORFENIRAMINASOLUCION ORAL2MG/5 ML	MILILITRO	$ 6.863
136	CLOROQUINA de 150 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 713
137	CLOTRIMAZOL 1 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA	GRAMO	$ 3.731
138	CLOTRIMAZOL de 1 % CREMA/GEL/JALEA/ VAGINAL	GRAMO	$ 12.811
139	CLOTRIMAZOL de 100 MILIGRAMOS OVUL/ VAGINAL	ÓVULO/TABLETA VAGINAL	$ 776
140	CLOZAPINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 523
141	CLOZAPINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 523
142	COLCHICINA de 0,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
143	COLESTIRAMINA ANHIDRA de 4 GRAMO POLVOS	SOBRE	$ 2.304
144	COLISTINA + NEOMICINA + HIDROCORTISONA (1.5+5+0.5)MG/ML GOTAS OTICO AURICULAR	MILILITRO	$ 20.841
145	COMPLEJO B (INYECTABLE) MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 4.046
146	COMPLEJO B (JARABE) de 120 MILILITRO FRASCO ORAL	MILILITRO	$ 6.987
147	COMPLEJO B (TAB) MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 113
148	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) ESPUMA de 8 %	MILILITRO	$ 13.796
149	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) SOLUCION de 10 %	MILILITRO	$ 9.249
150	CORTICOIDE + ANESTESICO CREMA/UNGUENTO RECTAL	GRAMO	$ 27.338
151	CORTICOIDE + FENILEFRINA (1+0.12)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 21.955
152	CORTICOIDE + LIDOCAINA (5+60)MG SUPOSITORIO RECTAL	SUPOSITORIO	$ 10.530
153	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1 MG+ 3,5 MG + (6.000-6.600 UI)) / ML COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 12.423
154	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1-5) MG + 3,5 MG (3500UI) + (6.000 - 10.000) UI/ 1 G UNGUENTO OFTALMICO	GRAMO	$ 58.208
155	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL2% (20MG/ML)	MILILITRO	$ 8.152
156	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL4% (40MG/ML)	MILILITRO	$ 10.682
157	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA2% (20MG/ML)	MILILITRO	$ 10.481
158	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA4% (40MG/ML)	MILILITRO	$ 9.180
159	CROTAMITONLOCION TOPICA10%	MILILITRO	$ 9.899
160	DANAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.951
161	DEFLAZACORT de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 4.047
162	DEFLAZACORT de 6 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 809
163	DESLORATADINA de 0,5 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE ORAL	MILILITRO	$ 9.899
164	DESONIDA 0.05% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 10.338
165	DESONIDA 0.05% SUSPENSION/EMULSION/LOCION TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	$ 46.673
166	DEXAMETASONA de 0,4 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.083
167	DICLOFENACO (SODICO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 931
168	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAVENOSO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 3.231
169	DICLOFENACO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 17.048
170	DICLOFENACO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
171	DICLOXACILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 12.572
172	DICLOXACILINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 931
173	DILTIAZEM de 60 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 588
174	DIMENHIDRINATO 50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
175	DIPIRONA (METAMISOL SODICO)SOLUCION PARENTERAL2.5G/5ML	AMPOLLA/VIAL	$ 2.328
176	DIPIRONA + ISOMETHEPTENO + CAFEINA ANHIDRA (300+50+30)MG/ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 55.290
177	DIPIRONA 1G/2ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.328
178	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/COMPRIM	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
179	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS OR	MILILITRO	$ 31.946
180	DIPIRONA MAGNESICASOLUCION PARENTERAL2G/5ML	AMPOLLA/VIAL	$ 5.940
181	DIFENHIDRAMINA CLORHIDRATO 250 MG/100 ML	JARABE F.Farm: FRASCO V.Admón: OR	$ 4.904
182	DIHIDROCODEINA BITARTRATO 0.24% (2.42MG/ML)	F.Farm: SOLUCION ORAL V.Admón: OR	$ 6.656
183	DOMPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 164
184	DOMPERIDONE de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/ ORAL O	MILILITRO	$ 14.126
185	DORZOLAMIDA CLORHIDRATO 20 MG/ML MILILITRO GOTAS OFTALMICO	MILILITRO	$ 27.360
186	DOXICICLINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
187	DOXOFILINA 100MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	$ 109.260
188	ENALAPRIL de 20 MILIGRAMOS /	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
189	ENALAPRIL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
190	ERGOTAMINA + CAFEINA (1+100)MG /PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.280
191	ERITROMICINA (ESTEARATO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 691
192	ERITROMICINA (METILSUCCINATO O ESTEARATO)POLVO PARA SUSPENSION ORAL5% (250MG/5ML) (base)	MILILITRO	$ 7.268
193	ERITROMICINA 4-5 % GRAMO CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 69.881
194	ESPIRAMICINA 3 M.U.I.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.012
195	ESPIRONOLACTONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
196	ESPIRONOLACTONA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
197	ESTRADIOL de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 319
198	ESTRADIOL / ESTRADIOL + CIPROTERONA 2MG/(2+1) MG MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 432
199	ESTRADIOL + NORGESTREL (2+0.5) MCG MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 724
200	ESTRIOL de 1 MILIGRAMOS/GRAMO	GRAMO	$ 23.358

	CREMA/GEL/JALEA/UNGUENTO VAGINAL		
201	ESTRIOL de 3,5 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL	OVULO	$ 20.440
202	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 0,3 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 452
203	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 0,625 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 943
204	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOSCREMA VAGINAL0.0625% (0.625MG/G)	GRAMO	$ 30.856
205	ESOMEPRAZOL 40 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 228
206	ESOMEPRAZOL 20 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 228
207	ETINILESTRADIOL + CLORMADINONA (0.03+2) MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.102
208	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL (30+150)MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 265
209	FENITOINA SODICA 100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 756
210	FENITOINA SODICASUSPENSION ORAL125MG/5 ML (2.5%)	MILILITRO	$ 68.628
211	FENOXIMETILPENICILINATAB/C	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 931
212	FEXOFENADINA de 120 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 3.762
213	FINASTERIDE de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 9.549
214	FITOESTROGENOS 40-80MG (ISOFLAVONAS) 0	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.724
215	FLUCONAZOL 50MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 21.788
216	FLUCONAZOL de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 5.220
217	FLUCONAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP150MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 3.022
218	FLUNARIZINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
219	FLUOROMETALONA ACETATO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 9.698
220	FLUOXETINA HCL de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
221	FLUOXETINASOLUCION ORAL20MG/5 ML (base)	MILILITRO	$ 17.250
222	FOLICO ACIDO + COMPUESTO DE HIERRO (0,25-1) + (100-525) MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.644
223	FOLICO ACIDO de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
224	FOLICO ACIDOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
225	FOSFATO + IFOSFATO SODIO 6-16% FRASCO ORAL	MILILITRO	$ 44.075
226	FOSFATO + BIFOSFATO DE SODIO RECTAL MILILITRO ENEMA RECTAL	MILILITRO	$ 14.742
227	FRACCION FLAVONOIDE MICRONIZADA (DIOSMINA+HESPERIDINA) de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 802
228	FURAZOLIDONA 50MG/15ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/	MILILITRO	$ 21.080
229	FURAZOLIDONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
230	FUROSEMIDA 20MG/2ML MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.328
231	FUROSEMIDA de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
232	FUSIDICO ACIDO 2% CREMA/UNGUENTO/GEL/ TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 10.046
233	GABAPENTIN 400MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
234	GABAPENTIN 600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 873
235	GEMFIBROZILO de 600 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
236	GEMFIBROZILO de 900 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.333
237	GENTAMICINA de 3 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 6.987
238	GENTAMICINA 160MG/2ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 3.125
239	GENTAMICINA 1MG/G CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 19.836
240	GENTAMICINA 80MG/2ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.328
241	GINKGO BILOBA EXTRACTO de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
242	GINKGO BILOBA / COMP80MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.033
243	GLIBENCLAMIDA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
244	GLICERILO GUAYACOLATO 2% JARABE	MILILITRO	$ 9.000
245	GLICERINA ADULTOS SUPOSITORIO RECTAL	SUPOSITORIO	$ 1.737
246	GLICERINA CARBONATADA de 1 % GOTAS OTICO AURICULAR C	MILILITRO	$ 8.838
247	GLIMEPIRIDA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 653
248	GLUCOSAMINA 1500 MG GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	$ 1.746
249	HALOPERIDOL 2 MGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 9.316
250	HALOPERIDOL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
251	HALOPERIDOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
252	HEPARINA DE BAJO P.M. de 40 MILIGRAMOS AMPOLLA PARE	AMPOLLA/VIAL	$ 11.968
253	HEPARINA DE BAJO P.M. de 80 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 23.936
254	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR de 60 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 17.952
255	HIDROCLOROTIAZIDA + AMILORIDA (50+5)MG TABLETA/CAPSULA/GR/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.160
256	HIDROCLOROTIAZIDA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
257	HIDROCORTISONA de 0,5 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	$ 10.481
258	HIDROCORTISONA + AC. FUSIDICO (1+2)% CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 197.819
259	HIDROCORTISONA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 6.987
260	HIDROCORTISONA de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 5.822
261	HIDROXICINA 0,25% JARABE/SUSPENSION//ELIXIR/G	MILILITRO	$ 9.188
262	HIDROXICINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
263	HIDROXICLOROQUINA (SULFATO)TAB/CAPS/200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.164
264	HIDROXICLOROQUINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.724
265	HIERRO SACARATO INTRAVENOSO 100MG/5ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 81.924
266	HIERRO SULFATO de 125 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 7.764
267	HIERRO SULFATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
268	HIOSCINA BUTIL BROMURO + PARACETAMOL (2+100)MG/ML GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 45.396
269	HIOSCINA BUTIL BROMURO 10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 920
270	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG/MLS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 3.493

271	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA 20MG+2.5G/5ML AMPOLLA/VIAL AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 6.947
272	IBUPROFENO 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/ELI	MILILITRO	$ 12.833
273	IBUPROFENO de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
274	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 931
275	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP800MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 931
276	IMIPRAMINA HCL de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
277	IMPLANTES DE PROGESTINA IMPLANTE (Hasta 3 años	KIT DE IMPLANTE	$ 283.476
278	INSULINA ANALOGA BIFASICA (LISPRO PROTAMINA) PREMEZCLASOLUCION SUBCUTANEA25 + 75UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO /JERINGA PRELLENADA	$ 19.793
279	INSULINA ASPARTASOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO JERINGA PRELLENAD	$ 22.171
280	INSULINA GLARGINA de 300 UI/3ML AMPOLLA PARENTERAL	CARTUCHO-ESFERO /JERINGA PRELLENADA	$ 35.119
281	INSULINA GLARGINA1000UI/10mL SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA/VIAL	$ 117.065
282	INSULINA GLULISINA SOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO /JERINGA PRELLENADA	$ 22.050
283	INSULINA HUMANA C de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 19.542
284	INSULINA HUMANA DETEMIR SOLUCION SUBCUTANEA300UI/3ML	CARTUCHO-ESFERO JERINGA PRELLENADA	$ 37.213
285	INSULINA HUMANA N de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 21.841
286	INSULINA HUMANA N/C 70/30 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 23.967
287	INSULINA LISPRO de 1000UI/10 ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 65.978
288	IPRATROPIO + FENOTEROL (0.25+0.5)MG/ML SOLUCIONES PARA NEBULIZADORES NASAL	MILILITRO	$ 27.395
289	IPRATROPIO + FENOTEROL AEROSOL (20+50) mcg/pulverización	FRASCO AEROSOL	$ 27.395
290	IPRATROPIO BROMURO 20 MICROGRAMOS/PULVERIZ AEROSOL INHALACION	PULVERISACION	$ 17.901
291	ISONIAZIDA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 3.060
292	ISONIAZIDA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 6.987
293	ISOSORBIDE DINITRATO de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.065
294	ISOSORBIDE DINITRATO COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
295	ISOTRETINOINA 10MG.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.108
296	ISOTRETINOINA de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.250
297	IVERMECTINA GOTAS ORAL DE 6MG/MILILI	MILILITRO	$ 19.538
298	KETOCONAZOL 2% CHAMPU TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	$ 17.673
299	KETOCONAZOL de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 513
300	KETOPROFENO 2.5% CREMA/L TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 17.163
301	KETOPROFENO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
302	KETOPROFENO de 100MILIGRAMOS/ 2MILILITRO AMPOLLA	AMPOLLA/VIAL	$ 3.493
303	KETOTIFENO 0,025% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 22.872
304	KETOTIFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
305	KETOTIFENO 20 MG/100ML	FRASCO V.Admón: OR - JARABE	$ 4.694
306	LACTULOSA 66,7 % SOBRE ORAL	SOBRE	$ 3.123
307	LAMOTRIGINA 200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 3.219
308	LAMOTRIGINA 25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 402
309	LAMOTRIGINA 50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 805
310	LAMOTRIGINA 5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 80
311	LAMOTRIGINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.610
312	LANSOPRAZOL de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.432
313	LATANOPROST 0.005 % de COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 37.873
314	LEFLUNOMIDE de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 29.556
315	LEFLUNOMIDE de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 5.911
316	LEVODOPA BENZERACIDA (200+50) MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 594
317	LEVODOPA CARBIDOPA (100+25) MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 6.252
318	LEVODOPA CARBIDOPA (250+25) MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.271
319	LEVOMEPROMAZINA MALEATOSOLUCION ORAL4% (base)	FRASCO	$ 18.936
320	LEVOMEPROMAZINA MALEATO COMP100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.318
321	LEVOMEPROMAZINA MALEATO / COMP25MG(base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
322	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP 0,75 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 7.976
323	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP30MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 557
324	LEVOTIROXINA de 100 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
325	LEVOTIROXINA de 125 /PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
326	LEVOTIROXINA de 50 Mg	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
327	LEVOTIROXINA de 75 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
328	LIDOCAINA HCL CON EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % X 10 ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 39.587
329	LIDOCAINA HCL de 2 % JALEA TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 23.936
330	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE 2% X 10ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.977
331	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 21.425
332	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTES (2% X 20ML) AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 44.851
333	LIDOCAINA SPRAY de 10 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA)	FRASCO	$ 127.060
334	LITIO CARBONATO de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.125
335	LOPERAMIDA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
336	LORATADINA (JARABE) de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE ORAL	MILILITRO	$ 9.316
337	LORATADINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
338	LORAZEPAM de 1 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 868
339	LORAZEPAM de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 508
340	LOSARTAN de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
341	LOSARTAN de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698

342	LOVASTATINATAB/CAPS/GRAG/ COMP20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
343	MEBENDAZOLSUSPENSION ORAL2% 100MG/5ML	MILILITRO	$ 3.762
344	MEDROXIPROGESTERONA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 338
345	MEDROXIPROGESTERONA de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL	$ 10.373
346	MEDROXIPROGESTERONA+EST RADIOLSOLUCION PARENTERAL(25+5)MG	AMPOLLA/VIAL	$ 5.972
347	MELOXICAM de 7,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
348	METFORMINA COMP1000MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 656
349	METFORMINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
350	METFORMINA de 850 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
351	METILPREDNISOLONA ACETATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 4.977
352	METILPREDNISOLONA SUCCINATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 4.977
353	METIMAZOL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
354	METOCARBAMOL de 750 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
355	METOCLOPRAMIDA 10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
356	METOCLOPRAMIDA de 10 MILIGRAMOS/ 2 AMPOLL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.328
357	METOCLOPRAMIDA de 4 MGS/MILILITRO GOTAS	MILILITRO	$ 9.316
358	METOPROLOL TARTRATO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 895
359	METOPROLOL TARTRATO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 447
360	METOTREXATE de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 629
361	METOTREXATE de 50 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 21.600
362	METRONIDAZOL 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 8.276
363	METRONIDAZOL de 500 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
364	METRONIDAZOL OVULO de 500 MILIGRAMOSÓVULO/CAPSULA	ÓVULO/CAPSULA VAGINAL/TABLETA	$ 827
365	METRONIDAZOL/NISTATINA 500MG/100.000 U.I. OVULO/TABLETA VAGINAL	TABLETA VAGINAL / OVULOS	$ 1.672
366	METRONIDAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 540
367	MICOFENOLATO SODICO 250 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 3.344
368	MICONAZOL de 2 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 141.725
369	MIDAZOLAM CLORHIDRATOSOLUCION PARENTERAL0.1% (5MG/5ML)	AMPOLLA/VIAL	$ 8.931
370	MIDAZOLAM de 7,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.057
371	MINOCICLINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 7.864
372	MIRTAZAPINA de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 498
373	MISOPROSTOL de 200 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 7.890
374	MOMETASONA FUROATO de 50 MICROGRAMOS AEROSOL NASAL	INHALACIÓN/DISPARO	$ 114.500
375	MOMETASONA FUROATO 0.1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 6.143
376	MOMETASONA FUROATO 0.1% EMULSION/LOCION TOPICA (EXTERNA)	TUBO/FRASCO	$ 52.799
377	MONTELUKAST de 10 MG de	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.310
378	MONTELUKAST de 4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 924
379	MONTELUKAST de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.154
380	MOXIFLOXACINA 0.5% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 79.648
381	MOXIFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 8.114
382	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F. GOTAS O	MILILITRO	$ 17.297
383	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F. JARABE	MILILITRO	$ 69.660
384	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.164
385	NAPROXEN COMP500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
386	NAPROXENO (125MG/5ML) JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 5.240
387	NAPROXENO de 250 MILIGRAMOS Código 820100	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
388	N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA + ACETAMINOFEN 10/500 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.971
389	NIFEDIPINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 713
390	NIFEDIPINA LIB. CONTROLADA (OSMOTICA) de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.640
391	NIFEDIPINA LIB. CONTROLADA (PROGRAMADA) de 30 MILIGRAM	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 814
392	NIMODIPINO de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 814
393	NISTATINA de 100.000 UI OVULO/TABLETA VAGINAL	TABLETA VAGINAL / ÓVUL	$ 1.396
394	NISTATINA de 100.000 UI/ML JARABE/SUSPENSION/	MILILITRO	$ 9.873
395	NITAZOXANIDA de 2 % JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 26.971
396	NITAZOXANIDA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 3.516
397	NITROFURANTOINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
398	NITROFURAZONA 0.2% CREMA/ TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 56.644
399	NORETISTERONA + ESTRADIOL (1+2)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 356
400	NORETISTERONA + ESTRADIOL (50+5) MG/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 8.258
401	NORFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
402	NUTRICION COMPLETA PARA PACIENTE ADULTO (400GRS)	GRAMO	$ 63.589
403	OLANZAPINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 3.940
404	OLANZAPINA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.970
405	OLOPATADINA CLORHIDRATOSOLUCION OFT0.2%	MILILITRO	$ 16.305
406	OMEPRAZOL 20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
407	OXCARBAZEPINATAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 632
408	OXIBUTININO 5MG/5ML SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	$ 26.888
409	OXIBUTINO CLORURO 5 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 306
410	OXIBUTINO CLORURO RETARD 10 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.657
411	OXICODONA DE LIBERACION MODIFICADA de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 12.850
412	OXIMETAZOLINA SOLUCION 0,025% GOTAS NASAL	MILILITRO	$ 11.271
413	OXIMETAZOLINA SOLUCION 0,05% GOTAS NASAL	MILILITRO	$ 9.777
414	OXITETRACICLINA + POLIMIXINA B (5MG+10000UI)/G UNGUENTO	GRAMO	$ 31.776

	OFTA		
415	PENICILINA CRISTALINA de 1.000.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 4.658
416	PENICILINA G BENZATINICA de 1.200.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 5.900
417	PENICILINA G BENZATINICA de 2.400.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 5.822
418	PENICILINA V POTASICA 250MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	$ 12.001
419	PENTOXIFILINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.574
420	PICOSULFATO 1.5 MCG/GOT MICROGRAMOS GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 54.760
421	PILOCARPINA 2% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 44.541
422	PILOCARPINA 5 MG de 5	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 3.966
423	PIPOTIAZINA PALMITATOSOLUCION PARENTERAL25MG/ML	AMPOLLA/VIAL	$ 7.380
424	PIRANTEL (EMBONATO O PAMOATO)250MG/5ML (base 5%) SUSPENSION	MILILITRO	$ 4.658
425	PIRANTEL (EMBONATO O / COMP250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 814
426	PIRANTEL / OXANTEL (250/250) MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 2.938
427	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA 25 MG. + 500 MG.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 8.273
428	PLATA SULFADIAZINA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 6.987
429	PODOFILINA 20% SOLUCIONTOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	$ 21.375
430	POLIACRILICO ACIDO (0.2-0,25)% GEL OFTALMICO	GRAMO	$ 37.772
431	POLIETILENGLICOL + PROPILENGLICOL (4 + 3) MG/ML FRASCO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 47.700
432	POLIETILENGLICOL 3350 5.9% POLVOS ORAL	SOBRE	$ 3.609
433	PRAZOSIN de 1 MGTAB/CAP/GRAGEA/PERLA	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 581
434	PREDNISOLONA (1-10) MG/ML de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCIONES	MILILITRO	$ 13.975
435	PREDNISOLONA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
436	PREDNISONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.339
437	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL	OVULO	$ 10.306
438	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.692
439	PROPAFENONA de 150 MILIGRAMOS PARENTERAL	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.350
440	PROPARACAINA HCL 5MG/ML COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 146.880
441	PROPRANOLOL de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 465
442	PSYLLIUM MUCILAGO 49-90% SOBRE GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	$ 6.252
443	QUINAPRIL de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.331
444	QUINAPRIL de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.572
445	RETINOICO ACIDO + HIDROQUINONA 0.05 + (2-5)% CREMA TOPICA (EX	GRAMO	$ 82.580
446	RETINOICO ACIDO 0.025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 80.797
447	RETINOICO ACIDO 0.05% CREMA/ tópica (EXTERNA)	GRAMO	$ 17.465
448	RIFAMPICINA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 3.470
449	RISPERIDONA 1 MG/ml de 1 MI GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 14.377
450	RISPERIDONA de 3 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.242
451	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 414
452	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 828
453	SACCHAROMYCES BOULARDI 250 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 8.027
454	SALBUTAMOL (SULFATO)SOLUCION ORAL0.04% (2MG/5ML)	MILILITRO	$ 6.881
455	SALBUTAMOL 100MCG/PULV AEROSOL BUCAL	INHALACIÓN/DISPARO	$ 16.305
456	SALES DE REHIDRATACION ORALSOLUCION ORAL Aporte al menos 60 meq de sodi	MILILITRO	$ 9.732
457	SALES DE REHIDRATACION ORL GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	$ 1.634
458	SECNIDAZOL 500MG/15ML JARABE SOLUCION ORAL	MILILITRO	$ 9.870
459	SECNIDAZOL de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.589
460	SERTRALINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
461	SERTRALINA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
462	SOLUCION SALINA HIPERTONICA 5% COLIRIO OFTA	MILILITRO	$ 96.565
463	SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% 100 ML de 100 MILILITRO BOLSA PARENTERAL	BOLSA PLASTICA EN PVC	$ 2.540
464	SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% GOTAS NASAL	MILILITRO	$ 3.510
465	SUCRALFATE 1G TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COM	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 369
466	SUCRALFATE 1G/5ML SUSPES ORAL	MILILITRO	$ 82.783
467	SULFACETAMIDA SODICA 10-15% COLIRIO OFTA	MILILITRO	$ 8.465
468	SULFASALAZINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 560
469	TACROLIMUSCREMA TOPICA0.03%	GRAMO	$ 52.418
470	TACROLIMUSCREMA TOPICA0.10%	GRAMO	$ 174.726
471	TAMOXIFENO de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 344
472	TAMSULOSINA de 0.4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 3.600
473	TECLOZAN de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 24.885
474	TEOFILINA 80MG/15ML JARABE ORAL	MILILITRO	$ 9.316
475	TEOFILINA LIBERACION LENTA 125MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 283
476	TEOFILINA LIBERACION LENTA 300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
477	TERAZOSIN de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.746
478	TERBINAFINA 250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.746
479	TIAMINA (VITAMINA B1) de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENT	AMPOLLA/VIAL	$ 8.046
480	TIAMINA (VITAMINA B1) de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
481	TIBOLONA de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.083
482	TIMOLOL + DORZOLAMIDA (0.5+2)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 60.840
483	TIMOLOL MALEATO 0.5% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 10.692
484	TIMOLOL+BIMATOPROSTSOLUCION OFTALMICA(5+0.3)MG/ML	MILILITRO	$ 36.504
485	TINIDAZOL de 200 MIL JARABE ORAL	MILILITRO	$ 8.336

486	TINIDAZOL de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 776
487	TIZANIDINA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 2.370
488	TIZANIDINA de 4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.170
489	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA (0,3+0,1)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 17.487
490	TOBRAMICINA 0.3% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 31.941
491	TOPIRAMATO 100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.801
492	TOPIRAMATO de 15 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 270
493	TOPIRAMATO de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 450
494	TOPIRAMATO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 900
495	TOXOIDE TETANICO 40U.I./0.5ML AMPOLLA PARE	AMPOLLA/VIAL	$ 19.467
496	TRAMADOL de 100 Mg/Ml JARABE ORAL	MILILITRO	$ 9.316
497	TRAMADOL de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCION INYECTABLE PA	AMPOLLA/VIAL	$ 3.125
498	TRAMADOL (CLORHIDRATO)SOLUCION PARENTERAL100MG/2ML	AMPOLLA/VIAL	$ 3.125
499	TRANEXAMICO ACIDO de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 6.252
500	TRAVOPROST 0.004 % de COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 50.306
501	TRAZODONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 959
502	TRAZODONA de 150 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 12.914
503	TRAZODONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
504	TRIAMCINOLONA ACETONIDASUSPENSION PARENTERAL40MG/ML	AMPOLLA/VIAL	$ 21.292
505	TRIAMCINOLONA de 10 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 66.736
506	TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 672
507	TRIMEBUTINA MALEATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.620
508	TRIMEBUTINASUSPENSION ORAL200MG/15ML	MILILITRO	$ 42.066
509	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (160+800)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
510	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (80+400)MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	$ 8.152
511	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL 40+200MG/5ML JARABE	MILILITRO	$ 14.288
512	TROPICAMIDA 1% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 30.901
513	UREA 10% CREMA/UNGUENTO/GELTOPICA (EXTER	GRAMO	$ 46.885
514	URSODESOXICOLICO ACIDO de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.915
515	VALPROICO ACIDO + VALPROATO DE SODIO 250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.116
516	VALPROICO ACIDO de 250 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.116
517	VALSARTAN de 160 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.462
518	VALSARTAN de 80 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 731
519	VASELINA PURA USP de 100 % CREMA/	GRAMO	$ 32.062
520	VENLAFAXINA de 75 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 867
521	VERAPAMILO de 80 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 188
522	VERAPAMILO RETARD de 120 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 282
523	VERAPAMILO RETARD de 240 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 705
524	VITAMINA A de 100.000 UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
525	VITAMINA A de 50.000 UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
526	VITAMINA D3 0.25MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.308
527	VITAMINA E de 400 UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 931
528	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 2MG/ 0.2ML -AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL	$ 31.849
529	WARFARINA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698
530	ZINC + MULTIVITAMINAS S.M.N.F GRANULADO OR	TARRO	$ 55.865
531	ZINC + MULTIVITAMINAS S.M.N.F.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.246
532	ZINC OXIDO + NISTATINA (0,2 G+100.000 U.I.) / G CREMA/UNGUENTTOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 25.279
533	ZOLPIDEM de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 698

PUNTOS DE ATENCIÓN Y LÍNEAS TELEFÓNICAS

No	PUNTO DE ATENCION (MUNICIPIO)	NOMBRE DE LA DROGUERÍA O FARMACIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
1	ARBOLEDAS	DROGUERÍA INTEGRADOS EN SALUD ARBOLEDAS	Calle 2 No. 4-40 Barrio el Centro	320- 9663937
2	BOCHALEMA	Droguería Trujillo Bochalema	CARRERA 4 # 2-27 BARRIO LA NASA	322 4665009
3	BUCARASICA	DROGUERÍA INTEGRADOS BUCARASICA	Calle 2 No. 5-92 Barrio Betania	3142791341
4	CÁCOTA	Convenio - Droguería Medi -Cacota	Cra 2 No. 3-72 Barrio el Centro	3125566946
5	CHINÁCOTA	DROGUERIA INSERCOOP CHINACOTA	CARRERA 3 #11-09 BARRIO EL DIQUE CHINACOTA N.S	3143801848
6	CHITAGÁ	Convenio - Droguería Integrados Chitaga	Calle 5 No. 5-66 Barrio el Centro	3124484430
7	CUCUTILLA	Droguería Trujillo Cucutilla No. 2	Av. 4 # 4-71 barrio Sogamoso	3125895425
8	DURANIA	DROGUERÍA INTEGRADOS DURANIA	AV 4 No. 4-74 Barrio Sanmiguel	3228546851
9	EL TARRA	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263
10	EL ZULIA	Droguería Insercoop Zulia	CALLE 5 No.1-66 Barrio El Centro	310 5595073
11	GRAMALOTE	Convenio - Droguería Nuevo Gramalote	MZ 5 Casa 6 Barrio Santa Rosa	3133963701
12	HERRÁN	ESE JOAQUIN EMIRO ESCOBAR	CARRERA 3 # 4-86 PABLO VI	3123509486

13	LABATECA	Convenio - Droguería Integrados Labateca	Calle 4 No. 1-12 Barrio Divino Niño	312 4939894
14	LOURDES	Droguería Insercoop Lourdes	Calle 5 3-03 barrio La Plama	312 3590243
15	MUTISCUA	Convenio - Droguería Botica Comunitaria	Cra 3 No. 8-45 Barrio el Centro	3118690446
16	PAMPLONITA	Convenio - Droguería Integrados Pamplonita	Calle 5 No. 1-49 Barrio el centro	310 2716098
17	PUERTO SANTANDER	Droguería Insercoop Puerto Santander	CRA 4 No. 6-251 Barrio La Punta	3182371742
18	RAGONVALIA	Convenio - Droguería Comunitaria San Miguelito	Av. 4 # 7-62 Barrio El Centenario	3138511784
19	SALAZAR DE LA PALMAS	Droguería Trujillo Salazar	CARRERA 6 # 4-33 BARRIO GUARAMITO	3117067259
20	SAN CAYETANO	Convenio - Droguería Integrados San cayetano	Cra 4 No. 1-48 Barrio el Llano	3105847425
21	SANTIAGO	Convenio - Droguería San Roque & Yofran	CRA 3 NO. 5-26 BARRIO PUEBLO NUEVO	3138198546
22	SARDINATA	DROGUERIA INSERCOOP SARDINATA	CALLE 5 # 4-60 BARRIO EL CENTRO SARDINATA N.S.	3202860783
23	SILOS	Convenio - Droguería Farmaluz	Cra 4 No. 3-71 Barrio Santo Domingo	3223825513
24	TEORAMA	Convenio - Droguería Margreth IPS	Calle 6 No. 3-27 La Sousa	3125471769
25	TIBÚ	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263
26	TOLEDO	Convenio - Droguería Famitoledo	CRA 5 NO. 12-77 BARRIO EL PROGRESO	3223654470
27	VILLA CARO	Convenio – Droguería Santa Rita	KDX 14 Barrio Delicias	3223664336
28	AGUA CLARA	DROGUERÍA INSERCOOP AGUA CLARA	AVENIDA PRINCIPAL # 16-29 BARRIO CENTRO AGUA CLARA VIA PUERTO	3145707156
29	BANCO DE ARENA	DROGUERÍA INSERCOOP AGUA CLARA	AVENIDA PRINCIPAL # 16-29 BARRIO CENTRO AGUA CLARA VIA PUERTO	3145707156
30	BUENA ESPERANZA	DROGUERÍA INSERCOOP AGUA CLARA	AVENIDA PRINCIPAL # 16-29 BARRIO CENTRO AGUA CLARA VIA PUERTO	3145707156
31	CAMPO DOS	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263
32	CARMEN DE NAZARETH	Convenio – Droguería J Pabón	Calle Principal -corregiemto Carmen Nazareth	320 4227226
33	CORNEJO	Droguería Insercoop Zulia	CALLE 5 No.1-66 Barrio El Centro	310 5595073
34	EL TARRA	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263
35	GUAMALITO	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263
36	LA DON JUANA	Droguería Trujillo Bochalema	CARRERA 4 # 2-27 BARRIO LA NASA	322 4665009
37	LA GABARRA	Convenio – Droguería María José	Calle 15 No. 12-29 Barrio 11 noviembre Parte Baja	314 3369350
38	LAS MERCEDES	Convenio – Droguería Peña	Av 1 No. 251-Corregimiento las Mercedes	3228695712
39	PETROLEA	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263
40	REFINERÍAS	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263
41	TRES BOCAS	DROGUERÍA INSERCOOP TIBU	CALLE 8 # 8-28 BARRIO LIBERTADORES TIBU N.S	3222250263

El contratista se compromete a suministrar los medicamentos a los usuarios en cada uno de los municipios en el listado antes relacionado y demás municipios y corregimientos aledaños, del departamento de policía Norte de Santander., **los establecimientos habilitados para prestar el servicio atenderán** de lunes a Sábado durante la vigencia del mismo, con horario de atención de 07:00 a las 19:00 horas en jornada continuo de Lunes a Domingo, 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 el Contratista se compromete 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:	11/04/2023 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 37123 de fecha 2023-03-24. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	37723	**Fecha Registro:**	2023-04-11	**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:	8.400.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	8.400.000,00	**Saldo x Obligar:**	8.400.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	807008278	**Razón Social:**	COOPERATIVA DE INVERSIONES Y SERVICIOS EMPRESARIALES	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	260743570	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA S. A.	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	52431820	**Nombre:**	VIVIANA PATRICIA MENDIVELSO DUARTE	**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:**	068-8-200034-23	**Tipo:**	CONTRATO DE COMPRA VENTA Y SUMINISTROS	**Fecha:**	2023-04-11

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
O30 ATENCION SALUD	A-02-02-01-003-005 OTROS PRODUCTOS QUÍMICOS; FIBRAS	Nación	16	SSF		8.400.000,00	0,00		
					Total:	8.400.000,00	0,00	8.400.000,00	8.400.000,00

Objeto:	CONTRATO SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS USUARIOS DENOR CPAA 215-23

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	8.400.000,00	8.400.000,00	NINGUNO

CPS-4 LILIANA MARIA MARTINEZ CARREÑO
Jefe de Presupuesto

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N.5

11/04/2023 15:10:34

Nit: 804012688

V.5000

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 213

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: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE *** $8,400,000.00

Por Concepto de: CONTRATO 068-8-200034-23 SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS USUARIOS DENOREN MUNICIPIOS DE NORTE DE SANTANDER CPAA 37323

Estado: AUTORIZADO

Area Solicitante: ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER

Nombre Solicitante: MY VIVIANA PATRICIA MENDIVELSO

Fecha Solicitud: 24/03/2023 **Observaciones: .**

Proyecto:

AREA		IMPUTACION PRESUPUESTAL	RECU	DESCRIPCIÓN	VIGENCIA	REFERENCIA		VALI
						Doc	Número	
01522600	ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER	020201003	16	OTROS BIENES TRANSPORTABLES (EXCEPTO PRODUCTOS METÁLICOS, MA	2023	CDP	209	$8,400,000
						TOTAL		$8,400,000

Beneficiario: 807008278 - COOPERATIVA DE INVERSIONES Y SERVICIOS EMPRESARIALES

Documento: REG - REGISTRO PRESUPUESTAL NroRese: 213 Acta Nro: 0 Vigencia: 2023

Expedido a los 11 dias del mes de Abril de 2023 en la ciudad de BUCARAMANGA

CPS-4 LILIANA MARIA MARTINEZ CARREÑO
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO