Floridablanca, 06/02/25

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTÍA

PN RASES No. 5 MIC 002 2025

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de proporcionar el "SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022 PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE **OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEORAMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA** Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER"

MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta que el valor Estimado del presente proceso no supera el 10% de la Menor Cuantía para la Entidad, el proceso de selección se debe adelantar bajo la modalidad de **Selección de Mínima Cuantía**, de conformidad con lo previsto en el Artículo 94 CAPÍTULO VII Disposiciones para prevenir y combatir la corrupción en la contratación pública de la Ley 1474 de 2011 y en el Articulo 2.2.1.2.1.5.2. Procedimiento para la Contratación de Mínima Cuantía del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.4.2.2 del Decreto 1082 del 2015, modificado por el Decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021 y en concordancia con lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 34 de la Ley 2069 de 2020, el presente proceso es susceptible de ser limitado a Mipymes.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

OBJETO

"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022 PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE **OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEORAMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA** Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER"

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	CLASE	PRODUCTO
85121902	MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS	MEDICAMENTOS	Farmacéutica

PRESUPUESTO

EL VALOR ESTIMADO PARA EL PRESENTE PROCESO DE CONTRATACION ES DE **VEINTISEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($26.775.000)**, incluido IVA, PARA LA VIGENCIA 2025.

ITEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	RECURSO	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO	VALOR TOTAL ESTIMADO
2025		16	UPRES DENOR	SERVICIOS DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	Global	$26.775.000	$26.775.000
						VALOR TOTAL	$26.775.000

El anterior presupuesto está amparado con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF 25525 del 04/02/2025, expedidos por la Oficina de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5.

PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución es hasta el 31 DE JULIO DE 2025, o hasta agotar el presupuesto con inicio a partir de la aprobación de la garantía única o perfeccionamiento del contrato, una vez cumplido los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.

LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN

El SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022 PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL

DEL SERVICIO	MUNICIPIO DE OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEORAMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER, objeto de la presente invitación, se realizarán directamente 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 de la Unidad Prestadora de Salud Norte De Santander, las instalaciones tendrán que estar ubicadas en el municipio de Ocaña Norte de Santander, para nuestros usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional residentes en la provincia de Ocaña, Abrego, el Carmen, Hacari, San Calixto, teorema, Convención, Rio de Oro, González y La Playa
FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de tracto sucesivo, de acuerdo a las necesidades de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, previa coordinación con el supervisor del contrato. los puntos de suministro a contratar debe contar con el cumplimiento de las exigencias mínimas según lo contemplado por el Ministerio de Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006 **por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**; Resolución 3100 del 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares mínimos en prestación de servicios de salud. El suministro de medicamentos se realizará en el municipio de Ocaña para entrega de medicamentos e insumos a los usuarios atendidos por parte medica de Convención, Rio de Oro, González y demás municipios aledaños en el departamento de Policía Norte de Santander. **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 Salud y 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. **PUNTOS DE ATENCIÓN: Único punto de dispensación**

ITEMS	MUNICIPIO	FARMACIA	DIRECCION	TELEFONO

El suministro de medicamentos se prestará una vez entregada la fórmula médica debidamente diligenciada por el profesional médico u odontólogo y autorizada por el Facilitador quien se encuentra en el municipio de Ocaña como represéntate de sanidad de dicho municipio y que ayuda a ejercer control, sobre dicho contrato. o a quien este delegue, con 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:

USUARIO	DOCUMENTOS SOPORTES
Activos	cédula de ciudadanía
Retirados	cédula de ciudadanía
Pensionados	Cédula de ciudadanía.
Beneficiarios	Cédula Ciudadanía, Tarjeta de identidad o Registro Civil)

	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.** 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.
FORMA DE PAGO	La Regional de Aseguramiento en Salud No. 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 No. 5 para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación, deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la entrega de los elementos o bien adquirir 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 Unidad Prestadora de Salud Santander, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 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. Para el trámite de pago **EL CONTRATISTA** deberá cumplir con los siguientes requisitos: 1. El pago se realizará en moneda legal colombiana, en forma mensual, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio radicación en la ventanilla única de central de cuentas, junto con el recibido a satisfacción suscrito por el Coordinador del contrato, con los documentos requeridos por la Unidad Prestadora de Salud de Norte de Santander, de acuerdo al derecho a turno y al programa anual mensualizado de caja (PAC). 2. Si los documentos en referencia son devueltos por la Unidad Prestadora de Salud de Norte de Santander, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad 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. 3. Si el acta de entrega y/o recibido no ha sido bien elaborada o no se acompaña a esta de los documentos que para cada caso se soliciten en esta contratación, los términos anteriores sólo empezarán a contarse desde la fecha en que quede corregida el acta o desde aquella en que se haya aportado el último de los documentos. 4. 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. Lo mismo se predicará en el caso de que el CONTRATISTA no elabore y presente las respectivas actas a la Unidad Prestadora de Salud de Norte de Santander Todos los pagos a que se compromete la Unidad Prestadora de Salud de Norte de Santander, serán cancelados dentro de los treinta (30) días hábiles siguiente a aquel en que haya sido radicada la respectiva factura en la ventanilla única de central de cuentas y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad. 5. Los documentos que se deben presentar para el pago de los SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS se enumeran a continuación: Enviar la facturación a Unidad Prestadora de Salud de Norte de Santander ubicada en la Calle 22 N # 2-03 URB. TASAJERO. 6. Las facturas cargadas al contrato por prestación de servicios de SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS deben ser entregadas <u>EN MEDIO FÍSICO</u> los primeros cinco (5) dias hábiles de cada mes, cuando se trate de facturación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) dias calendario de cada mes, junto con el certificado de pre-radicado del módulo de radicación de cuentas médicas y los RIPS en medio magnético (CD), en la ventanilla única de Central de Cuentas de donde corresponde la ordenación del gasto, con los siguientes soportes y requisitos: • <u>FACTURACIÓN ELECTRÓNICA</u> Resolución 0042 del 05 de mayo de 2020, Factura (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 dirigido a nombre de: "REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5" con NIT. 804.012.688-5 con los 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.

• Las Facturas electrónicas deberán ser enviadas al correo electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co de acuerdo a previa instrucción brindada por el Coordinador del contrato), así mismo, dichas facturas deberán ser cargadas al módulo del SISAP WEB (RECUM) de la policía Nacional en el siguiente link; https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/vista/frlogin.aspx

Nota: Nota: las entidades que aún no cuentan con USUARIO Y CONTRASEÑA del módulo del SISAP WEB de la policía Nacional, deberán enviar la siguiente información al correo: Wilder.sanabria3683@correo.policia.gov.co con el fin de ser asignado:

CODIGO DE HABILITACIÓN	NIT	IPS	NOMBRES	CEDULA	TELÉFONO OFICINA	FECHA INICIO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	FECHA FINAL DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	EMAIL

• Las facturas deben estar dirigidas a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 NIT 804.012.688-5
• Enviar el CD con la información de los RIPS anexo a la factura
• Una vez estén radicadas en el módulo SISAP WEB (RECUM), las facturas físicas deben traer el pre-radicado impreso como tapa de las facturas a entregar
• El correo para recibir la facturación electrónica es siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co,
• De acuerdo a la Ley General de Archivos (594 del 2000) para entidades del estado, las facturas deben estar legajadas al lado izquierdo con gancho plástico con un máximo de 250 folios en carpeta propalcote doble tapa tamaño oficio.
• No se permiten facturas de multiusuarios
• Las entidades que son sin ánimo de lucro deben anexar copia del acto administrativo y calificación o readmisión expedido por la DIAN, donde le confirma la permanencia de entidad sin Ánimo de lucro
• los RIPS deben de estar cargados en el módulo SISAP WEB (RECUM) (Registro de cuentas Medicas), posterior a esto se debe imprimir el pre-radicado y anexarlo como caratula en las facturas a entregar de forma física en la ventanilla única de central de cuentas
• Es un solo pre-radicado por la cantidad de facturas que se carguen y un solo CD
• Anexo a la Facturación debe de llegar el CD con la información de los RIPS, datos que deben estar completos y sin errores (información diligenciada por cada IPS).
• Las entidades al momento de elaborar las facturas de venta deben de enviarla al buzón electrónico de siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co, los pasos a seguir se encuentran en **la circular externa 016 y 020, del Ministerio de Hacienda y Crédito Publico SIIF NACION.**

Una vez todos los documentos lleguen a central de cuentas se procederá a dar cumplimiento a la guía de gestión contractual en el SECOP II (Colombia Compra Eficiente), con lo establecido en el capítulo VI "seguimiento a la ejecución contractual", literal d) "Aprobación de facturas" descripto de la siguiente manera:
• Aprobación de facturas una vez que los proveedores completan sus entregas y le envían a la Entidad Estatal las facturas correspondientes, la persona designada en la Entidad Estatal (generalmente del área financiera) debe de ingresar al SECOP II, consultar las facturas y aprobarlas o rechazarlas.
• La plataforma solicita que los proveedores deben de llevar la factura en físico a la entidad antes de ingresarla al SECOP II de esta manera las unidades en el ámbito nacional, deberán verificar la información para aprobación de las facturas de los contratos.
• El Certificado de Parafiscal debe de estar dirigido a Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5, con fecha al día, informando que la entidad se encuentra a paz y salvo, firmado por el Representante Legal y/o Revisor Fiscal.
• Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura electrónica de venta y debe estar pre-impreso.
• Identificación del prestador de Servicios: debe indicarse claramente apellidos, nombre o razón social y NIT del prestador debe estar pre-impreso.
• Firma del usuario que recibió los servicios o el acompañante (en caso de no contar con esta firma debe tener comprobante de recibido del servicio por parte del paciente).
• Numeración consecutiva: numeración consecutiva pre-impresa que debe corresponder a la numeración autorizada por la Dirección General de Impuestos y aduanas nacionales (algunos prestadores para diferenciar las facturas por rubros emplean prefijos alfabéticos, pero estos no deben exceder las cuatro letras).
• Fecha de su expedición: que corresponda a la prestación del servicio.
• Descripción detallada de los servicios prestados: relación pormenorizada de los servicios prestados al usuario, discriminando el valor unitario de los servicios y la cantidad de los mismos.
• Valor total de los Servicios: sumatoria de los valores totales por servicio.

Asimismo, de acuerdo con la circular externa No. 016 del sistema integrado de información Financiera SIIF Nación de fecha 09 de marzo de año 2021; solicita a todos los Representantes legales, secretarios generales, ordenadores del Gasto, Áreas Financieras, Coordinadores y usuarios del SIIF Nación; con el fin de realizar el proceso de recepción de Facturas electrónicas de venta, notas debido y notas crédito. La administración del SIIF nación implemento el "Modelo de Recepción de Facturas de Venta, notas debido y /o notas crédito", el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las entidades que hacen parte del presupuesto General de la Nación (PGN), de conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020. Aquellos Proveedores o Contratistas que tengan identificado en el RUT la responsabilidad 52 – Facturador electrónico (emisor), deberán entregar factura electrónica de venta por los bienes y/o servicios ofrecidos a las entidades del ámbito SIIF Nación, como también las notas débito y/o notas crédito, a través del buzón dispuesto para el efecto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para lo cual la información tributaria de los terceros creados en el SIIF Nación se actualizará con base en los datos de la DIAN mediante un Servicio Web. Así las cosas, las entidades ejecutoras del PGN, al realizar el registro de la obligación o del egreso de una caja menor, el sistema identificará si el tercero beneficiario de la misma es sujeto a facturar electrónicamente, y al verificarlo solicitará la consulta y vinculación de la(s) factura(s) electrónica(s) de venta en estado "Aprobada" (s) por el Coordinador y/o tácitamente, según lo define la norma, para continuar con el proceso de pago.

7. En Conclusión, **LA POLICÍA NACIONAL** sólo dará trámite a las facturas generadas por la entrega de medicamentos objeto del presente contrato que no presenten objeciones.

OBJECIONES Y GLOSAS: DECRETO 441 DE 2022 Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud. Sección 4. Facturas de venta y glosas. Artículo 2.5.3.4.4.2 Aceptación de las glosas. La aceptación de las glosas por parte del prestador de servicios de salud ocurre de forma expresa cuando dicha entidad informa de ello a la entidad responsable de pago, o de forma tácita, si transcurridos los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el prestador de servicios de salud no se pronuncia respecto de las glosas formuladas. La entidad deberá dar respuesta a las glosas notificadas por la Unidad Prestadora de Salud de 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 electrónicas, 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 tácitamente 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. Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad.

AUDITORIA DE CUENTAS. La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas Unidad Prestadora de Salud de Norte de Santander, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según lo estipulado en la ley 1438 de 2011 articulo 57.

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

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago. Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas". (En este último evento se procederá a citar al prestador a una conciliación directa en las dependencias de sanidad policial, que no debe superar los sesenta (60) hábiles posteriores a la radicación).

"Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a

	elección del prestador, en los términos establecidos por la Ley. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago". CAUSALES DE NO PAGO: • Toda entrega de suministro de medicamentos que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP. • Toda servicio que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la USP, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social. • Los costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador. Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 "Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico". La Auditoria de Cuentas Médicas de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5 concurrirá en el análisis y cumplimiento de lo aquí consagrado sobre dicho proceso. • Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del comité técnico científico y aprobado por esa instancia de la Dirección de Sanidad. • 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 (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago). • Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen • Teniendo en cuenta que según el numeral 9 del artículo 1.6.1.4.1. del Decreto 1625 de 2016 y el numeral 25 del artículo 1 de la Resolución DIAN No. 000042 de 2020, disponen: *"Notas débito y notas crédito para la factura electrónica de venta: Las notas débito y notas crédito son documentos electrónicos que se derivan de las operaciones de venta de bienes y/o prestación de servicios que han sido previamente facturados, asociadas o no a una factura electrónica de venta, mediante el Código Único de Factura Electrónica -CUFE cuando sea el caso, las cuales se generan por razones de tipo contable y/o fiscal, cumpliendo las condiciones, términos, mecanismos técnicos y tecnológicos que para el efecto señale la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN".* De acuerdo a lo anterior, se debe cumplir a cabalidad tanto contablemente como en materia tributaria debido a que las notas créditos son el soporte legal y fiscal de la NO cancelación o modificación del valor a pagar de la facturación emitida por las entidades teniendo en cuenta las conciliaciones realizadas por parte de la oficina de Auditoria Médica y las diferentes entidades, así mismo, justifican el cambio o modificación en la base de las retenciones practicada por los diferentes conceptos. NOTA: Toda glosa conciliada y que tenga valores aceptados por IPS que dentro de la documentación no tengan su debida nota crédito y sea detectada por la oficina de Contabilidad, no será tramitada para pago en la oficina de Tesorería hasta que la novedad sea subsanada
CAUSALES DE RECHAZO DE LA PROPUESTA O DECLARATORIA DESIERTA DEL PROCESO	Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes: a. Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenido correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. b. Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. c. Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley. d. Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo. e. Cuando el objeto social o actividad mercantil del proponente, indicado en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil no faculte a la sociedad o persona natural para desarrollar la actividad materia de la futura contratación, exigencia que aplica a cada uno de los integrantes de Consorcios, Uniones Temporales u otra forma de asociación, si hay lugar a ello. . f. Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. g. Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección. h. Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos. i. Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. j. La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del plazo establecido en el

	requerimiento de la unidad. k. En el evento de exigir oferta Total, ésta se rechaza si sobrepasa el presupuesto oficial asignado al proceso o si sobrepasa el precio estimado de alguno de los ítems que lo conforman; si se permite la presentación de oferta parcial por grupo, se rechaza la oferta del grupo si sobre pasa el presupuesto oficial asignado al mismo o si sobrepasa el precio estimado de alguno de los ítems que lo conforman; si se acepta oferta parcial por ítem, se rechaza la oferta del ítem si sobrepasa el precio estimado asignado al mismo. l. Cuando la oferta se registre en SECOP II en forma extemporánea o en un proceso diferente. De acuerdo, a los lineamientos del SECOP II la propuesta debe ser ingresada a la plataforma por parte de los proveedores en la fecha y hora indicada en la plataforma. En ningún caso la Regional de Aseguramiento No. 5 se hará responsable del retraso en el ingreso de las propuestas, toda vez que el aplicativo no es administrado por Regional de Aseguramiento No. 5, siendo única y exclusiva responsabilidad del proveedor disponer del tiempo necesario para el ingreso oportuno a la del cierre del presente proceso. m. Cuando la oferta no se ajuste a la forma de adjudicación establecida. CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO La Regional de Aseguramiento No. 5 declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna la Aceptación de Oferta, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva. Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo. La declaratoria de desierto del proceso se hará mediante comunicación motivada, la cual se publicará en el SECOP. En los términos establecidos en el Decreto 1082 de 2015.
FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN	Se adjudicará el contrato en forma total aquel oferente que cumpla con todas las condiciones técnicas, económicas y jurídicas descritas en la presente invitación, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021. Se adjudicará el contrato en forma total al oferente con el MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO aplicable a cada ítem; que cumpla con las condiciones requeridas en el presente proceso, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento con segundo MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado. En caso que éste no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento con segundo MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO, previa verificación de sus calidades habilitantes, en caso de que este tampoco cumpla, se verificara la oferta que presentó el tercer proponente y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado. No se aceptarán propuestas ALTERNATIVAS, de hacerse de esta manera no serán tenidas en cuenta. Solo se evaluará y se verificará aquella oferta que se encuentre completa y que cumpla con los requisitos señalados en la presente invitación. La forma de adjudicación del presente proceso se efectuará mediante comunicación de aceptación de la oferta, la entidad manifestará a la aceptación expresa e incondicional de la misma, los datos de contacto de la entidad y del supervisor designado, con la publicación de la comunicación de aceptación en la plataforma del SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta. De no quedar ningún oferente habilitado se declarará desierto el proceso, mediante comunicación motivada que se publicará en la plataforma del SECOP II.
FACTORES QUE SE TENDRÁN EN CUENTA PARA LA EVALUACIÓN	El único factor de evaluación económica es el precio, teniendo en cuenta que este proceso de contratación se realizará mediante la modalidad de Minima Cuantía de acuerdo al Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 2015; siempre y cuando cumpla con las condiciones técnicas exigidas. Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con el MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO que cumpla con las condiciones requeridas en el presente proceso. La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO, en caso que este no cumpla con los

	requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento del segundo **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO** y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado.
PROCEDIMIENTO EN CASO DE EMPATE	En caso de empate, la entidad estatal aplicará los criterios del artículo 35 de la Ley 2069 de 2020 "Por Medio Del Cual Se Impulsa El Emprendimiento En Colombia" conforme con los medios de acreditación del Decreto 1860 de 2021, artículo 2.2.1.2.4.2.17 "Factores de desempate y acreditación" De continuar el empate, se escogerá para revisión y evaluación (entre las ofertas igualadas), la primera oferta presentada al proceso en la plataforma SECOP II.
ADJUDICACIÓN CON OFERTA ÚNICA	De acuerdo al Artículo 2.2.1.1.2.2.6 del Decreto 1082 de 2015, "*La Entidad Estatal puede adjudicar la Aceptación de Oferta cuando sólo se haya presentado una oferta siempre que cumpla con los requisitos habilitantes exigidos y satisfaga los requisitos de los pliegos de condiciones, sin perjuicio de las disposiciones especiales establecidas en la ley y el presente decreto para la subasta inversa, el concurso de méritos y las reglas particulares para los procesos con convocatoria limitada a las Mipymes*".
INFORMACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el SECOP II, el proponente seleccionado quedará notificado de la aceptación de su oferta.
ANÁLISIS DE GARANTÍAS: TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL RIESGO	Las contenidas en el **Anexo N° 2** de la presente Invitación.
INVITACIÓN VEEDURÍAS	QUE EN CUMPLIMIENTO EN LO DISPUESTO EN LA LEY 80 DE 1993, SE CONVOCA A TODAS LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS, PARA QUE PARTICIPEN EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL Y POSTCONTRACTUAL DEL PRESENTE PROCESO DE CONTRATACIÓN DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 66 DE LA LEY 80 DE 1993 Y LA LEY 850 DE 2003.

CONVOCATORIA LIMITADA A MIPYMES

De igual forma, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021 y en concordancia con lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 34 de la Ley 2069 de 2020, el presente proceso es susceptible de ser limitado a Mipymes, cuando se haya manifestado interés de por lo menos dos (02) Mipymes, con mínimo un (1) año de existencia, dentro del día hábil siguiente a la publicación de la invitación pública

Por lo anterior se convoca a las MIPYMES interesadas para que, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.2 del decreto 1082 de 2015, realicen su solicitud de limitar la presente convocatoria a Mipymes, para lo cual deberán cumplir con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.4 del Decreto 1082 de 2015 así:

"1. Las personas naturales mediante certificación expedida por ellos y un contador público, adjuntando copia del registro mercantil.

2. Las personas jurídicas mediante certificación expedida por el representante legal y el contador o revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, adjuntando copia del certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio o por la autoridad competente para expedir dicha certificación.

Para la acreditación deberán observarse los rangos de clasificación empresarial establecidos de conformidad con la Ley 590 de 2000 y el Decreto 1074 de 2015, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen.

PARÁGRAFO 1. En todo caso, las Mipymes también podrán acreditar esta condición con la copia del certificado del Registro Único de Proponentes, el cual deberá encontrarse vigente y en firme al momento de su presentación.

PARÁGRAFO 2. Para efectos de la limitación a Mipymes, los proponentes aportarán la copia del registro mercantil, del certificado de existencia y representación legal o del Registro Único de Proponentes, según corresponda conforme a las reglas precedentes, con una fecha de máximo sesenta (60) días calendario anteriores a la prevista en el cronograma del Proceso de Contratación para el inicio del plazo para solicitar la convocatoria limitada.

PARÁGRAFO 3. En las convocatorias limitadas, las Entidades Estatales independientemente de su régimen de contratación, los patrimonios autónomos constituidos por Entidades Estatales y los particulares que ejecuten recursos públicos, solo deberán aceptar las ofertas de Mipymes o de proponentes plurales integrados únicamente por Mipymes.

PARÁGRAFO 4. Los incentivos previstos en los artículos 2.2.1.2.4.2.2 y 2.2.1.2.4.2.3 de este Decreto no excluyen la aplicación de los criterios diferenciales para los emprendimientos y empresas de mujeres en el sistema de compras públicas."

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES.

Los proponentes deberán presentar su oferta escaneada en original y con los siguientes documentos en la página de Colombia Compra Eficiente – SECOP II así:

2.1 DE ORDEN JURÍDICO

- ✓ Carta de presentación de la oferta de acuerdo al **Formulario N° 1** de la presente invitación firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
- ✓ Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matricula de persona natural expedido (s) por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a un (1) mes.
- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente.
- ✓ Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.
- ✓ Antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.
- ✓ Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
- ✓ Certificado del Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas
- ✓ Certificación de Aportes Parafiscales:

  Para Persona Jurídica: Certificación de Aportes Parafiscales suscrita por el Revisor Fiscal en caso que exista (*anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal*), de no contar con el revisor fiscal, la certificación será expedida por el representante legal. La certificación debe ser expedida por el plazo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

  Para el caso de Persona Natural: Declaración juramentada, en la cual el oferente a nombre propio certifique el pago de los aportes parafiscales e indique que se encuentra al día con dichos pagos (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). La certificación debe ser expedida por el plazo establecido en el artículo 50 de ley 789 de 2002. La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo gravedad de juramento, respecto su fidelidad y veracidad. En caso de ser el proponente persona natural o jurídica sin personal a cargo y por ende no estar obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, certificará bajo la gravedad de juramento dicha situación.
- ✓ Compromiso anticorrupción suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica) (Diligenciar **Formulario N° 3** de la presente invitación).
- ✓ Acuerdo de confidencialidad diligenciar **formulario N° 4,** suscrito por el oferente
- ✓ CERTIFICADO NACIONAL DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS REDAM - Con el fin de verificar que la persona natural o el representante legal de la persona jurídica no esté reportado ante el REDAM, el proponente deberá adjuntar certificación expedida por el MINTIC, certificado no anterior a 30 días calendario a la fecha de cierra del presente proceso de selección, conforma el artículo 6.1 de la ley 2097 de 2021, reglamentada por el decreto 1310 de 2022., https://carpetaciudadana.and.gov.co/inicio-de-sesion.

2.2 DE ORDEN TÉCNICO

2.2.1 CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS OBLIGATORIAS

Los factores de verificación técnicas están descritos en el **ANEXO N° 1** de la presente invitación, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE.

4.1.1. Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/u ofrecer el servicio

El proponente debe acreditar experiencia en contratos ejecutados IGUALES Y/O SIMILARES al objeto de la presente invitación. Tal acreditación será avalada con la presentación de las minutas de los contratos cuyo valor deberá ser superior al cincuenta por ciento (50%) del valor establecido para el presente proceso, con empresas públicas o privadas; para lo cual el oferente deberá presentar mínimo tres (3) contratos con certificación de concepto favorable del cumplimiento del objeto contractual por cada uno, suscrita por el representante legal.

Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica:

- ✓ Fecha de inicio de la contratación
- ✓ Fecha de término de la contratación
- ✓ Valor de la contratación
- ✓ Objeto contractual
- ✓ Número del contrato
- ✓ Firma del representante legal contratante
- ✓ NIT del contratante
- ✓ Dirección del contratante
- ✓ Teléfono del contratante
- ✓ Membrete de la entidad que lo expide
- ✓ Cumplimiento.

No serán tenidas en cuenta las Certificaciones que presenten incumplimiento. En el evento que el oferente haya celebrado contratos con la unidad prestadora de Salud Norte de Santander, o Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, se verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.

Dichas condiciones se verificarán por parte del Comité Evaluador en el **ANEXO N° 1** como **CUMPLE Y NO CUMPLE.**

4.1.2. COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

Es necesario que los oferentes cumplan y presenten los requerimientos descritos a continuación:

1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
2. Resolución 3100 Del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud."
3. Decreto 2200 de junio de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.
4. Resolución 1604 de 2013 se deberá dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia y/o trabajo del afiliado cuando este lo autorice **como** consecuencia de la entrega incompleta de los mismos.
5. Resolución 1403 de 2007
6. Resolución 444 de 2008
7. Resolución 1478 del 2006 Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado
8. Decreto 677 de 1995 Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia.
9. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

Para lo anterior, **DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO No. 7** de la presente invitación **"CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA"** firmada por el Representante Legal de la entidad oferente.

4.1.2.1. NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR UNA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS), que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual, contando como mínimo en su oferta de personal con un:

Regente de farmacia o químico farmacéutico
Auxiliares en servicios farmacéuticos
Técnico o tecnólogo en químicos

El oferente deberá presentar los siguientes documentos **para el Municipio de Ocaña;**

*copia de la cedula
*copia del título otorgado por una institución de educación acreditada ante el ICFES
*certificado de inscripción ante el ente rector de la Salud del Departamento de Norte de Santander, como expendedor de Medicamentos.

Para la experiencia se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 3 de la ley 2043 de 27/07/2020 "Por medio de la cual se reconocen las prácticas laborales como experiencia profesional y/o relacionada y se dictan otras disposiciones"

NOTA: Para lo anterior, el oferente deberá diligenciar el **ANEXO No. 8 NIVEL DE EDUCACION Y ANEXO No. 9 RELACIÓN DE TALENTO HUMANO** de la presente invitación.

La Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 – La Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander se reserva el derecho de verificar la veracidad de los documentos que los oferentes aporten a su propuesta.

4.1.3. CAPACIDAD OPERATIVA

Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la prestación de los servicios en la entrega de medicamentos descritos en la presente invitación y su respectiva atención oportuna, la entidad debe ofrecer los medios, instalaciones administrativas y operativas, equipos, transporte y elementos necesarios en el Municipio de **OCAÑA**, para llevar a cabo el cumplimiento del presente proceso, por ende, los proponentes interesados deberán demostrar mediante certificación o documento privado, que cuentan con punto de dispensación en el Municipio de **OCAÑA**, para entrega de medicamentos e insumos a los usuarios atendidos por parte medica en **ABREGO, EL CARMEN, HACARI, SAN CALIXTO, TEORAMA, CONVENCION, RIO DE ORO, GONZALEZ, LA PLAYA** y demás municipios aledaños en el departamento de Policía Norte de Santander.

NOTA: PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR **ANEXO No. 10** DE LA PRESENTE INVITACION **"CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL"** FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.

➢ Los PUNTOS DE SUMINISTROS se pueden ofertar a través de Farmacias y/o Droguerías propias o en su defecto droguerías contratadas, para lo cual se deberá allegar el respectivo documento donde conste la vinculación la cual no podrá ser inferior a la vigencia del futuro contrato Diligenciar el **ANEXO No. 11,** denominado **CERTIFICACION CUBRIMIENTO DE LOS PUNTOS DE SUMINISTRO OFERTADOS, DIAS DE ATENCIÓN Y HORARIOS.**

4.1.4. OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

4.1.4.1 Equipos utilizados: El Oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO No.12, "Hoja De Vida Equipos"** de la presente invitación que corresponde a CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL relacionada con la Hoja de vida de los equipos utilizados para el cumplimiento del presente proceso.

4.1.4.2. El Oferente deberá adjuntar a su propuesta los siguientes documentos relacionados con el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo **(SG-SST).**

a. El OFERENTE 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.

b. El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.

c. El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 13 FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** de la presente invitación firmado por el representante legal de la entidad oferente.

d. Registros Sanitarios (INVIMA) El oferente deberá presentar con su oferta certificación de que todos los medicamentos que ofrece CUENTAN CON REGISTROS SANITARIOS (INVIMA) vigentes, de acuerdo con los parámetros exigidos por el Ministerio de Salud, según decreto 677 de 1995 y demás normas reglamentarias vigentes. **ANEXO No.14, DECLARACION REGISTROS SANITARIOS INVIMA VIGENTES.** En caso que se encuentre en trámite algún registro INVIMA así también deberá manifestarlo en la propuesta anexando el respectivo soporte

e. **CERTIFICACIÓN DE FECHAS DE VENCIMIENTO:** El oferente deberá presentar certificación en donde se compromete a entregar insumos con fechas de vencimiento de MINIMO un año. **ANEXO No.15, CERTIFICACION DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS**

f. **ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS:** El almacenamiento de los medicamentos en el depósito o bodega que maneja el contratista debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Medición de humedad y temperatura.
- Control de plagas.
- Control red de frio.
- Sección de controlados.
- Zona de rechazados.
- Manual de procedimientos operativos del almacenaje y distribución de medicamentos.

g. Todas las normas exigidas por el Ministerio de Protección Social para este efecto

DILIGENCIAR **ANEXO No. 16, DECLARACIÓN BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS.**

h. **Certificación de Suministro de Medicamentos en casos especiales:** En caso de requerir moléculas que no se encuentran en el listado establecido, por los siguientes casos especiales:
- Medicamentos no ofertados por el contratista en su propuesta.
- Cambio de presentación por desabastecimiento del laboratorio.
- Reemplazos por Fármaco-vigilancia.

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.

Diligenciar **ANEXO No. 17, CERTIFICACION DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CONSIDERADOS CASOS ESPECIALES.**

i. **Certificación de Inventario Mínimo:** El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que el punto ubicado en el municipio de **OCAÑA N/S** debe contar con un stock mínimo para suministro de treinta (30) días para que la entrega del medicamento sea de forma inmediata, teniendo en cuenta que la vigencia de la fórmula no es mayor a tres (03) días (72 horas). La Regional de Aseguramiento N°5 o quien se delegue, se reserva el derecho de verificación de cumplimiento de esta condición, en cualquier momento. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar el **ANEXO No.18, CERTIFICACION DE INVENTARIO MINIMO.**

j. **PRESENTACIÓN DE PLANES DE GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS.**

El proponente deberá presentar su Plan de **GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS** siendo el instrumento de gestión de acuerdo a Resolución 0371 del 26 de Febrero de 2009 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial que contiene el conjunto de reglas, acciones, procedimientos y medios dispuestos para facilitar la devolución y acopio de productos pos-consumo que al desecharse se convierten en residuos o desechos peligrosos, con el fin de que sean enviados a instalaciones en las que se sujetarán a procesos que permitirán su aprovechamiento y/o valorización, tratamiento y/o disposición final controlada. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar el **ANEXO No 19 DECLARACIÓN DE PLAN DE GESTIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POS CONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS.**

El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO No. 20 DE COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES.**

El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO No. 21 CERTIFICACION DE DISPONIBILIDAD DE UNA LÍNEA TELEFONICA.**

2.3 DE ORDEN ECONÓMICO

El único factor de evaluación económica es el precio, teniendo en cuenta que este proceso de contratación se realizará mediante la modalidad de Mínima Cuantía de acuerdo al Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 2015; siempre y cuando cumpla con las condiciones técnicas exigidas. Se determinará el orden de elegibilidad comenzando por la oferta que tenga el **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO**, según corresponda y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado.

No se reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el porcentaje de descuento a la oferta por el tiempo de ejecución del futuro contrato a celebrar, estos valores no estarán sujetos a ninguna clase de modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considerará costos adicionales.

- ✓ Diligenciar el **ANEXO N° 6 SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS.**
- ✓ Diligenciar el **ANEXO N° 5 OFERTA ECONÓMICA.**
- ✓ Registro Único Tributario.
- ✓ Certificación Bancaria vigente.
- ✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (Diligenciar **Formulario N° 2** de la presente invitación).

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

La cronología del proceso se desarrollará de acuerdo a los parámetros y criterios establecidos por Colombia compra eficiente a través de la plataforma del SECOP II https://www.colombiacompra.gov.co/

Publicación de la invitación	Lugar: Pagina de Colombia Compra Eficiente – SECOP II. https://www.colombiacompra.gov.co/ Fecha establecida en la página de Colombia Compra
Manifestación de limitación a Mipymes y Observaciones a la Invitación Pública	Los interesados podrán solicitar aclaraciones a la Invitación Pública, y **Manifestación de limitación a Mipymes** dentro del Día hábil siguiente a la publicación en la página de Colombia Compra – SECOP II. **NOTA:** No se absolverán consultas efectuadas telefónicamente o en forma personal, sola será tenida en cuenta en este proceso, la información recibida a través de la página de Colombia compra eficiente – SECOP II.
Publicación Aviso Limitación a Mipymes y Respuesta a las observaciones	Dentro del día hábil siguiente al término establecido para la manifestación de la Limitación a Mipymes
Entrega de propuestas	Lugar: Colombia Compra Eficiente - SECOP II. https://www.colombiacompra.gov.co/ En la fecha y hora establecida en la página de Colombia Compra Eficiente - SECOP II.
Evaluación de las Propuestas, Verificación y/o solicitud de los Requisitos Habilitantes.	Dentro de los DOS días hábiles siguientes a la fecha de recibo de ofertas.
Subsanación de documentos	Dentro del día hábil siguiente al requerimiento de la entidad
Publicación de la Evaluación y verificación	Dentro del día hábil siguiente a la fecha de Subsanación
Observaciones a la Evaluación.	Dentro del día hábil siguiente la fecha de publicación del informe de resultados de evaluación de las propuestas, dichas solicitudes deberán formularse por escrito en la página de Colombia Compra Eficiente - SECOP II. Los documentos subsanables deberán presentarse hasta dentro de los términos fijados por la entidad, para la subsanación de documentos. Los documentos que se presenten con posterioridad al término señalado no serán tenidos en cuenta
Respuesta a observaciones y/o Notificación de aceptación de oferta.	Dentro de los tres días hábiles siguientes al plazo otorgado a los proponentes para presentar observaciones a la evaluación.
Indisponibilidad del secop II	*En caso de presentarse una falla general o particular previas al evento de presentación de la oferta, presentación de observaciones o subsanación de documentos, que no le permita hacer la acción, deberá informar a la entidad a través del correo electrónico fernando.nino0490@correo.policia.gov.co con la siguiente información:* • *Número del proceso* • *Nombre del usuario de la plataforma del SECOP II* • *Nombre de la entidad* • *Numero de NIT o cedula del oferente* *Y seguidamente deberá informar a la mesa de ayuda de Colombia Compra Eficiente creando un caso del inconveniente o falla presentada.* *Lo anterior atendiendo el protocolo de indisponibilidad que se encuentra anexo en la plataforma del SECOP II.*

a. La validez de la oferta será de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de presentación.
b. De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación SECOP II hasta el día anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas.

4. SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE OFERTA.

La Supervisión del contrato estará a cargo del **AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER** o quien haga sus veces o quien con posterioridad designe el ordenador del gasto, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo a lo normado en la Ley 1474 de 2011 y conforme a lo establecido en la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014".

- El supervisor del contrato realizara seguimiento continuo, garantizando la eficiente y oportuna inversión de los recursos del contrato, debiendo ceñirse a las condiciones y términos convenido en el contrato, así mismo, verificara cualquier hecho o circunstancia constitutiva de incumplimiento de lo pactado, rindiendo un informe inmediatamente al contratista, proveedor, jefe de la Unidad Prestadora de Salud norte de Santander y al ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5, como contratante.

- Informará periódicamente al ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5, el porcentaje de ejecución del contrato en el formato establecido código: 2BS-FR-0019, versión 5 del 12 de marzo de 2021, informe supervisores seguimiento contractual.

- Subirá los documentos soporte ejecución de contrato "constancia recibida a satisfacción, informe supervisores seguimiento contractual, certificación de parafiscales, planillas de pagos, con un plazo máximo de 3 días posteriores a su diligenciamiento en el área de trabajo de la ejecución del contrato, en el sistema electrónico de contratación pública SECOP II.

- Mantendrá permanente en vigilancia los servicios contratados, verificando los plazos, términos y condiciones, conforme lo descrito en el contrato.

- Dara cumplimiento a la resolución 00090 del 15 de enero de 2018, emanada de la Dirección General de la Policía Nacional. "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante resolución 03049 de 2014", y en la Ley 1474 de 2011 artículos 82 a 86.

- Tendrá la obligación de solicitar acompañamiento de carácter técnico, económico y jurídico, de requerirlo, para la supervisión y control de la ejecución del contrato, de las direcciones y especialidades institucionales que cuenten con la formación técnica o profesional en el área respectiva que el supervisor requiera.

- 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.

Atentamente,

Mayor. **LEONARDO VEGA CALA**
Jefe (e) Regional de Aseguramiento en Salud No. 5

Elaborado por:
SI. Fernando Niño Gómez
Analista Grupo Contratos RASES N° 5
Fecha elaboración: 06/02/2025

Revisado:
IJ. John Pachon Rojas
Jefe (e) de contratos Rases No.5

Revisado:
CT. Lucy Carolina Salcedo Buran
Jefe (e) Administrativo RASES No 5

Revisó:
SI. Oscar Enrique Espinosa Barrios
Abogado RASES No.5

ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS Nota: Favor marcar con "x" CUMPLE ó no CUMPLE según corresponda.
El servicio a prestar tendrá las siguientes características, el oferente deberá indicar si cumple o no cumple en cada ítem,

N°	CONDICIONES TÉCNICAS	CUMPLE SI	CUMPLE NO
1	**EL OFERENTE DEBERE ENTREGAR FORMALMENTE JUNTO CON LA PROPUESTA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS** ➢ Autorización para la distribución de medicamentos: El oferente deberá adjuntar con su propuesta autorización expedida por autoridad competente para la distribución de medicamentos. ➢ MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS: El punto de dispensación de medicamentos debe contar con un manual de procesos y procedimientos para; adecuada recepción, adecuado almacenamiento y conservación de medicamentos según las especificaciones de los fabricantes. ➢ El registro ante la Unidad Administrativa Especial de Salud o autoridad competente, para la vigencia 2021, dando cumplimento a las normas exigidas en el decreto 677 de 1995, decreto 2200 de 2005 y resolución 1403 de 2007. Así mismo se debe establecer dentro del mismo documento que la droguería se encuentra autorizada para la comercialización y distribución de medicamentos y dispositivos médicos a nivel mayorista, cada dispensador deberá aportar esta información.		
2	**Experiencia proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio** Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia del proponente en este tipo de contratación, la cual deberá ser demostrada por los oferentes adjuntando a su propuesta las copias de contratos o certificaciones de mínimo tres (03) contratos ejecutados con concepto favorable, cuyo objeto sea igual o similar con el objeto de la presente invitación y cuyo valor deberá ser superior al cincuenta por ciento (50%) del valor del presupuesto asignado al presente proceso. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: • Fecha de inicio de la contratación • Fecha de término de la contratación • Valor de la contratación • Objeto contractual • Número del contrato • Firma del representante legal contratante • NIT del contratante • Dirección del contratante • Teléfono del contratante • Membrete de la entidad que lo expide • Cumplimiento. En el evento que el oferente haya celebrado contratos con La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 o la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 verificará la información. Según lo señalado en el Decreto 019 de 2012 Dichas condiciones se verificarán por parte del Comité Evaluador en el **ANEXO 1** como **CUMPLE Y NO CUMPLE.**		

3	**COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS** Es necesario que los oferentes cumplan y presenten los requerimientos descritos a continuación: **1.** Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios. **2.** Resolución 3100 Del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud." **3.** Decreto 2200 de junio de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. 4. Resolución 1604 de 2013 se deberá dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia y/o trabajo del afiliado cuando este lo autorice **como** consecuencia de la entrega incompleta de los mismos. 5. Resolución 1403 de 2007 6. Resolución 444 de 2008 7. Resolución 1478 del 2006 Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado 8. Decreto 677 de 1995 Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia. 9. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional **ANEXO 7 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS**		
4	**NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO** Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR UNA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS), que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual, contando como mínimo en su oferta de personal con un: Regente de farmacia o químico farmacéutico Auxiliares en servicios farmacéuticos Técnico o tecnólogo en químicos El oferente deberá presentar los siguientes documentos **para el Municipio de Ocaña;** *copia de la cedula *copia del título otorgado por una institución de educación acreditada ante el ICFES *certificado de inscripción ante el ente rector de la Salud del Departamento de Norte de Santander, como expendedor de Medicamentos. Para la experiencia se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 3 de la ley 2043 de 27/07/2020 "Por medio de la cual se reconocen las prácticas laborales como experiencia profesional y/o relacionada y se dictan otras disposiciones" **ANEXO No. 8 NIVEL DE EDUCACION Y ANEXO No. 9 RELACIÓN DE TALENTO HUMANO**		
5	**CAPACIDAD OPERATIVA** Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la prestación de los servicios en la entrega de medicamentos descritos en la presente invitación y su respectiva atención oportuna, la entidad debe ofrecer los medios, instalaciones administrativas y operativas, equipos,		

	transporte y elementos necesarios en el Municipio de **OCAÑA**, para llevar a cabo el cumplimiento del presente proceso, por ende, los proponentes interesados deberán demostrar mediante certificación o documento privado, que cuentan con punto de dispensación en el Municipio de **OCAÑA**, para entrega de medicamentos e insumos a los usuarios atendidos por parte medica en **ABREGO, EL CARMEN, HACARI, SAN CALIXTO, TEORAMA, CONVENCION, RIO DE ORO, GONZALEZ, LA PLAYA** y demás municipios aledaños en el departamento de Policía Norte de Santander **ANEXO No. 10 CAPACIDAD OPERATIVA**		
6	**Equipos utilizados:** El Oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO 12 "Hoja De Vida Equipos"** de la presente invitación que corresponde a CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL relacionada con la Hoja de vida de los equipos utilizados para el cumplimiento del presente proceso		
7	El OFERENTE 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. El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato. El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 13 FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** de la presente invitación firmado por el representante legal de la entidad oferente.		
8	Registros Sanitarios (INVIMA) El oferente deberá presentar con su oferta certificación de que todos los medicamentos que ofrece CUENTAN CON REGISTROS SANITARIOS (INVIMA) vigentes, de acuerdo con los parámetros exigidos por el Ministerio de Salud, según decreto 677 de 1995 y demás normas reglamentarias vigentes. **ANEXO. 14 DECLARACION REGISTROS SANITARIOS INVIMA VIGENTES. En caso que se encuentre en trámite algún registro INVIMA así también deberá manifestarlo en la propuesta anexando el respectivo soporte**		
9	**CERTIFICACIÓN DE FECHAS DE VENCIMIENTO:** El oferente deberá presentar certificación en donde se compromete a entregar insumos con fechas de vencimiento de MINIMO un año. **ANEXO 15 CERTIFICACION DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS**		
10	**ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS:** El almacenamiento de los medicamentos en el depósito o bodega que maneja el contratista debe cumplir con los siguientes requisitos: ➢ Medición de humedad y temperatura. ➢ Control de plagas. ➢ Control red de frio. ➢ Sección de controlados. ➢ Zona de rechazados. ➢ Manual de procedimientos operativos del almacenaje y distribución de medicamentos. **ANEXO No. 16, DECLARACIÓN BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS.**		
11	**Certificación de Suministro de Medicamentos en casos especiales:** En caso de requerir moléculas que no se encuentran en el listado establecido, por los siguientes casos especiales: ➢ Medicamentos no ofertados por el contratista en su propuesta. ➢ Cambio de presentación por desabastecimiento del laboratorio. ➢ Reemplazos por Fármaco-vigilancia. 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. **ANEXO No. 17, CERTIFICACION DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CONSIDERADOS CASOS ESPECIALES**		
12	**Certificación de Inventario Mínimo:** El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que el punto ubicado en el municipio de **OCAÑA N/S** debe contar con un stock mínimo para suministro de treinta (30) días para que la entrega del medicamento sea de forma inmediata, teniendo en cuenta que la vigencia de la fórmula no es mayor a tres (03) días (72 horas). La Regional de Aseguramiento N°5 o quien se delegue, se reserva el derecho de verificación de cumplimiento de esta condición, en cualquier momento. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar el **ANEXO. 18 CERTIFICACION DE INVENTARIO MINIMO.**		
14	El proponente deberá presentar su Plan de **GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS** siendo el instrumento de gestión de acuerdo a Resolución 0371 del 26 de Febrero de 2009 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial que contiene el conjunto de reglas, acciones, procedimientos y medios dispuestos para facilitar la devolución y acopio de productos pos-consumo que al desecharse se convierten en residuos o desechos peligrosos, con el fin de que sean enviados a instalaciones en las que se sujetarán a procesos que permitirán su aprovechamiento y/o valorización, tratamiento y/o disposición final controlada. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar el **ANEXO No 19 DECLARACIÓN DE PLAN DE GESTIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POS CONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS.**		
15	El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO No. 20 DE COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES**		
16	El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO No. 21 CERTIFICACION DE DISPONIBILIDAD DE UNA LÍNEA TELEFONICA.**		

El proponente:

_____

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

ANEXO No. 2

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

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

Garantía Única que cubra los siguientes riesgos: **Al término de la vigencia de cada uno de los amparos EL CONTRATISTA deberá adicionar UN (1) MES más**, con el fin de garantizar que los términos de la garantía única cubran la totalidad de lo exigido y de esta manera prevenir la ampliación de los mismos ocasionada por el lapso que transcurre desde el momento de la suscripción del contrato y el cumplimiento de los requisitos de ejecución

GARANTÍAS DEL PROCESO

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (06) MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (06) DÍAS ADICIONALES, LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TÉRMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL BIEN Y/O SERVICIO	CINCUENTA 50% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (06) MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (06) DÍAS. LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CUBRE EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO LO QUE CUBRIRÁ EL PERJUICIO ADMINISTRATIVO POR LA POSIBLE PÉRDIDA DE LOS RECURSOS, LOS GASTOS OCASIONADOS POR EL PROCESO Y LA NO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

EN LA PÓLIZA DEBE SEÑALARSE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO.

NOTA: LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 SE PERMITE INFORMAR QUE NO SE ACEPTAN PÓLIZAS GLOBALES,

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 excusión.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURÍDICO	LA NO CONSTITUCIÓN DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DÍA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ(10) DÍAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA
MULTA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DÍA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCIÓN SE IMPONDRÁ MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACIÓN DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
			ENTREGAR		QUE DIERON LUGAR A ELLA	
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA, SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la Ocurrencia del Evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad	¿A quién se le asigna el riesgo?	Tratamiento controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento			Afecta la ejecución del contrato	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se complementa el tratamiento	Monitoreo y Revisión	
													Probabilidad	Impacto	Calificación total						¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	ECONÓMICO	DESABASTECIMIENTO	IMPLICARÍA ATENCIONES DE MANERA TARDÍA E INSATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	1	2	3	1	CONTRATISTA	RETENERLO	1	2	3	NO	SI	CONTRATISTA	UNA VEZ SE INICIE LA EJECUCIÓN	FINALIZADO EL PLAZO DEL CONTRATO	INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	VIGENCIA
2	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	TECNOLÓGICO	ADVENIMIENTO DE NUEVOS MÉTODOS O ESTÁNDARES	APLICACIÓN DE LAS NUEVAS TÉCNICAS PARA BENEFICIO DE LOS USUARIOS	2	3	5	1	CONTRATISTA	ASUMIR EL RIESGO	2	5	5	SI	SI	CONTRATISTA	UNA VEZ SE INICIE LA EJECUCIÓN	FINALIZADO EL PLAZO DEL CONTRATO	INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	VIGENCIA

ANEXO No. 3

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 de Redes Integrales de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 5. -RASES-. Deberá responder por los eventos adversos prevenibles o evitables, que se generen a los usuarios en desarrollo del presente contrato, según análisis conjunto realizado por el Comité de Garantía de Calidad o quien haga sus veces de la entidad Contratante y de la entidad Contratista
12. La prescripción de medicamentos por urgencias solo se hará para atender la misma. Medicamentos para uso ambulatorio solo podrán ser entregados por la IPS contratista para continuar el tratamiento. La transcripción de la fórmula de medicamentos y autorizaciones de servicios medicos se hará de lunes a domingo en horario de: **Horario en la mañana:** Lunes a viernes 8:00 am a 12:00 meridiano y 14:00 a 18:00 hrs. En las instalaciones de la Unidad Prestadora de Servicios.
13. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
14. El CONTRATISTA debe contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
15. INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:
a. Notificar al Supervisor del contrato en forma oportuna. respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
b. El CONTRATISTA se obliga a generar un reporte QUINCENAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO. Lo anterior a efectos de llevar un mayor control y así no generar interrupciones en la prestación de servicios o que estos se presten sin respaldo presupuestal.
c. Cuando se haya consumido el 70% del presupuesto asignado en el contrato. el Contratista deberá informar mediante oficio a La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES **y al Supervisor del contrato. Lo anterior con el fin de no exceder el valor contratado y de esta manera evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo contractual; si llegase a suceder. el Contratante no se hace responsable de la cancelación de las mismas (excepto las atenciones que sean de urgencias).**

d. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DESANTANDER.

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

FECHA	
ENTIDAD	
CONTRATO Nº	
FECHA DE INICIO	
FECHA DE TERMINACION	

VALOR DEL CONTRATO	
ADICION Nº1	
ADICION Nº2	
TOTAL	

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

16. El proponente garantizará el suministro de los medicamentos de forma inmediata en el momento que el usuario lo requiera, y en caso de no contar con el medicamento, su entrega s no podrá ser superior a 3 días calendario, cumpliendo con el procedimiento establecido.
17. El proponente garantizará en el evento que un medicamento salga del mercado o presente escasez, bien sea por que la casa farmacéutica deja de producirlo, su producción es insuficiente o es retirado del mercado por el INVIMA, el Contratista deberá informar por escrito esta situación al LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD en un término máximo de 48 horas a partir de la presentación del evento, incluyendo los documentos soporte, con el fin de concertar el cambio cuando se considere pertinente.
18. Presentar la facturación los diez (10) primeros días de cada mes en la Ventanilla de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, con los anexos y requerimientos correspondientes descritos en la cláusula Forma de Pago del contrato.
19. El Contratista deberá reportar oportunamente al Supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER Y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.
20. El proponente garantizara que los puntos deben contar con un stock mínimo para suministro de treinta (30) días para que la entrega del medicamento sea de forma inmediata, teniendo en cuenta que la vigencia de la fórmula no es mayor a tres (03) días (72 horas). o quien se delegue, se reserva el derecho de verificación de cumplimiento de esta condición, en cualquier momento.
21. El Contratista deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que se compromete a suministrar los medicamentos garantizando el fácil acceso a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, punto que deberá funcionar a partir del inicio de ejecución del contrato, siete (07), días a la semana de lunes a domingo durante la vigencia del mismo, con horario de atención que no debe ser inferior al horario de las 08:00 a las 18:00 horas en jornada continua y para los sábados y domingo media jornada de 08:00 a 12:00 horas. El Contratista contará con una línea telefónica directa, y/o Telefonía Celular atendida por el coordinador del contrato desde el inicio del mismo y durante su vigencia, para que el supervisor del contrato tenga contacto permanente con el proveedor. La línea debe ser atendida de lunes a viernes entre las 08:00 y las 18:00 horas, y los días sábados hasta las 12:00 PM.
22. Los medicamentos que se suministren deberán estar contemplados en el Acuerdo 080 del 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 **ANEXO** (Se anexa formato NO POS y Acuerdo 080 del 2022).
23. Se requiere que el servicio se preste en el municipio de OCAÑA del departamento Norte de Santander, con criterios de oportunidad. Continuidad. Accesibilidad. Seguridad. Eficacia. Eficiencia y pertinencia.
24. Verificar la información del usuario (verificación de derechos) que permita establecer que pertenece al Subsistema de Salud de la POLICIA NACIONAL.

25. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento.
26. EL CONTRATISTA DEBERÁ EXPEDIR PAZ Y SALVO AL MOMENTO DE TERMINACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN EL CUAL CONSTE. LA NO EXISTENCIA DE FACTURACIÓN PENDIENTE POR RADICAR EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES. Y QUE SE ENCUENTRA APTO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO.
27. El contratista DEBERA EXPEDIR CERTIFICACION MENSUAL EN LA CUAL CONSTE QUE NO TIENE FACTURAS PENDIENTES CON LOS SERVICIOS DEL MES PRESTADOS.
28. Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato. Cuando haya lugar.
29. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.
30. Implementar el sistema de gestión integral de residuos hospitalarios con políticas de manejo interno de residuos. Con el fin de reducir los factores de riesgo a la salud de los usuarios. Prevenir. Mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios.
31. La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones. Oficios. Avisos. y demás actos proferidos por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato. Hoja de vida. Cámara de comercio. Ect.
32. Una vez se de carta de inicio al contrato el Oferente debera informar al supervisor la persona enlace, que se encargará de permitir a los usuarios y a las personas que delegue La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 tomar contacto con la farmacia a fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato incluyendo aquellos sobre la oportunidad o autorización de medicamentos, Códigos o tarifas. Del mismo modo y a fin de que resuelvan aquellas eventualidades sobre la referencia y contrareferencia respecto a autorizaciones de medicamentos.
33. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución el contrato.
34. El Contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato. Se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.
35. El Contratista deberá presentar la Matriz de elementos de protección personal. Donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal. Que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro. Daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.
36. El Contratista deberá presentar el Informe de capacitación realizada a los trabajadores. Donde se evidencie la realización de inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo. Y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma de los trabajadores.
37. Responder dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente las solicitudes de Referenciación y Contrareferencia efectuadas por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. So pena de la aplicación del procedimiento de multas y sanciones
38. Los medicamentos requeridos que no hayan quedado descritos y que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y/o la resolución 5851 de 2018 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas. Mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos medicamentos. El Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante. La cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato. Quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad. Y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor con el respectivo descuento. Se exceptúa los medicammentos prestados como Urgentes. Los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica. Debiendo ser reportados a la Oficina de redes integrales de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DENOR. Mediante la cual. Se hará la solicitud formal de la atención. Programa éste que cumple con la normatividad vigente. Sobre Referencia y solicitud de autorizaciones. Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.
39 El Contratista deberá garantizar la dispensación de los bienes objeto del contrato a las tarifas presentadas en la oferta económica (la cual forma parte integral del presente contrato).
40. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993. Así mismo. Será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.
41. Se desarrollara mensualmente una reunión respecto a lo indicado a fin de realizar el correspondiente seguimiento al contrato. Reunión que contará con el personal que las partes consideren necesario. Elevando un acta escrita de cada reunión celebrada.
42. El Contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se

expide el Decreto único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".

43. Atender con la inmediatez que ordene el juez constitucional los procedimientos que se deban surtir para acatar un fallo de tutela, incidente de desacato, medida provisional y demás, generando el apoyo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES para dar cumplimiento a las órdenes judiciales, entregando la información para aportar pruebas, certificaciones y demás requerimientos que se impartan por los entes judiciales.

44. Certificación del Término para la Entrega de Medicamentos: El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que garantizará el suministro de los medicamentos de forma inmediata en el momento que el usuario lo requiera, y en caso de no contar con el medicamento la entrega de medicamentos no podrá ser superior a 3 días calendario., cumpliendo con el procedimiento establecido. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar la totalidad del ANEXO 14. CERTIFICACION DEL TÉRMINO PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS.

45. Certificación ante la Escasez o Salida de un Medicamento del Mercado: El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que en el evento que un medicamento salga del mercado o presente escasez, bien sea por que la casa farmacéutica deja de producirlo, su producción es insuficiente o es retirado del mercado por el INVIMA, el Contratista deberá informar por escrito esta situación a La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER en un término máximo de 48 horas a partir de la presentación del evento, incluyendo los documentos soporte, con el fin de concertar el cambio cuando se considere pertinente. Para tal fin se suscribirá la correspondiente modificación al contrato.

46.certificación SOBRE EL FRACCIONAMIENTO EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS: El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita, el compromiso de entrega de los medicamentos a los usuarios del DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER en forma fraccionada, teniendo en cuenta las presentaciones del medicamento tales como tabletas, cápsulas, grageas, comprimidos, jarabes, sobres, supositorios o ampollas basados en la formulación emitida por el profesional, por ejemplo: Amoxicilina por 500 mg. cápsulas No. 12, se deberá entregar las DOCE (12) cápsulas estipuladas en la fórmula. El proveedor se abstendrá de entregar elementos o productos diferentes a los formulados por el médico autorizador. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar el ANEXO. 18 CERTIFICACION SOBRE EL FRACCIONAMIENTO EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS.

ANEXO No. 4
OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

1. Una vez se surta el proceso de contratación estatal. Asignar un Supervisor el cual mantendrá la interlocución permanente y directa con **el CONTRATISTA.**

2. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto. Exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.

3. Recibir a satisfacción los servicios de salud prestados por el **CONTRATISTA.** Cuando estos cumplan con las obligaciones establecidas en el contrato y las especificaciones técnicas contenidas en el Anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO.

4. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar. Para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

5. Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.

6. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.

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

8. Poner a disposición del **CONTRATISTA** la información que se requiera para la ejecución del contrato.

9. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 080 del 2022 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.

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

11. Las demás que por Ley sean establecidas.

ANEXO No.5
OFERTA ECONÓMICA

PROPONENTE_____

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta Económica para el Proceso de Mínima Cuantía cuyo objeto es el "SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022 PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE **OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEORAMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA** Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER."

ÍTEM	DESCRPCION	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A CADA ÍTEM DEL LISTADO DE PRECIOS TECHO
1.	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022 PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE **OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEORAMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA** Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER.	_____%

N NOTA 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en la invitación de convocatoria de mínima cuantía Y EL VALOR DEL PRECIO TECHO ESTABLECIDO EN EL LISTADO DE PRECIOS, LISTADO QUE SE ANEXARA EN EXCEL "ANEXO CUPS FINAL"
El proponente deberá ajustar al peso los precios unitarios, bien sea por exceso o por defecto, así: cuando la fracción decimal del peso sea igual o superior a 0.50 lo aproximará por exceso al número entero siguiente del peso y cuando la fracción decimal del peso sea inferior a 0.50 lo aproximará por defecto al número entero anterior del peso.
NOTA 2: El presente formulario es una guía para la presentación de la oferta económica; sin embargo, la información registrada en su diligenciamiento es responsabilidad exclusiva del oferente, el cual en caso de tener alguna duda debe solicitar la aclaración antes de la fecha del cierre o entrega de las ofertas, establecido en el cronograma del proceso.
NOTA 3: Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad. Comenzando por la oferta con mayor porcentaje único de descuento a la de menor porcentaje.

Nota 4: El proponente deberá establecer el PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO EN NÚMERO ENTERO, SIN DECIMALES, el mayor porcentaje único de descuento ofertado será aplicable sobre el precio techo incluido IVA al total de los ítems relacionados en el listado de precios techo. Se deberán ofertar la totalidad de los ítems establecidos en el presente proceso.

Nota 5: El precio techo es inmodificable

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

LISTADO DE PRECIOS

NOTA 1: El presente anexo es informativo no debe diligenciar ni modificar

ITEM	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	VALOR TOTAL INCLUIDO IVA
1	ACEITE DE RICINO SOLUCIONES ORAL código 1640010	MILILITRO	2913
2	ACETAMINOFEN + CODEINA 500+30 MG TAB código 210011	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	540
3	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML JARABE/SUSPENSION/ ORAL Código 210020	MILILITRO	2710
4	ACETAMINOFEN de 100 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/SUSPENSION ORAL Código	MILILITRO	2356
5	ACETAMINOFEN de 500 MILIGRAMOS Código210010	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	106
6	ACETAMINOFEN + TRAMADOL 325 + 37.5 MG Código 210012	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.060
7	ACETILCISTEINA 100MG GRANULADO/POLVO ORAL Código 1	SOBRE	737
8	ACETILCISTEINA de 10 % SOLUCIONES PARA NEBULIZADORES O Código 1430055	MILILITRO	14.664
9	ACETILCISTEINA de 2 % JARABE ORAL Codigo 1430053	MILILITRO	10.296
10	ACETILCISTEINA de 600 GRANULADO/POLVO ORAL Código 1430050	SOBRE	1.012
11	ACICLOVIR de 2 % JARABE/SUSPENSION/ ORAL Código 1011006	MILILITRO	6,.850
12	ACICLOVIR de 200 MILIGRAMOS Código 1011010	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	140
13	ACICLOVIR de 3 % CREMA/UNGUENTO/GEL OFTALMICO Código 1011029	GRAMO	13.922
14	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ VAGINAL Código 1011013	GRAMO	25.905
15	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ / TOPICA (EXTERNA) Código 1011015	GRAMO	5.157
16	ACICLOVIR de 800 MILIGRAMOS Código 1011011	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	497
17	ACIDO ACETIL SALICILICO de 100 MILIGRAMOS Código 1210002	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	103
18	ACIDO ACETIL SALICILICO de 500 MILIGRAMOS Código 210031	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	366
19	ACIDO VALPROICO 250MG/5ML JARABE ORAL Código 1810200	MILILITRO	6.885
20	ALBENDAZOL 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/ ORAL Código 1060002	SACHET/FRASCO	1.486
21	ALBENDAZOL de 200 MILIGRAMOS código 1060001	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	355
22	ALCOHOL POLIVINILICO 1.4% COLIRIO OFTALMICO código 3340002	MILILITRO	6.800
23	ALENDRONATO de 70 MILIGRAMOS código 2146010	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.262
24	ALFAMETILDOPA de 250 MILIGRAMOS código 1212005	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	221
25	ALFAMETILDOPA de 500 MILIGRAMOS código 1212007	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	682
26	ALGINATO DE SODIO + ALUMINI HIDROXIDO+MAGNESIO CARBONAT(0.63+2.39)G/100ML SUSPENSIONES ORAL código 1610005	MILILITRO	19.443
27	ALOPURINOL de 100 MILIGRAMOS código 810010	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	111
28	ALOPURINOL de 300 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA ORAL código 810020	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	180
29	ALPRAZOLAM de 0,25 MILIGRAMOS código 1840004	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	116
30	ALPRAZOLAM de 0,5 MILIGRAMOS código 1840006	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	188
31	ALUMINIO + MAGNESIO HIDROXIDO + SIMETICONA / DIMETILPOLISILOXANO (4+4+0,4)G SUSPENSIONES ORAL código 1610030	MILILITRO	5.310
32	ALUMINIO ACETATO 0,05% CREMA TOPICA (EXTERNA) código 3495010	GRAMO	18.773
33	ALUMINIO ACETATO EMULSION/LOCION TOPICA 0,05 % (EXTERNA) código 3495020	MILILITRO	8.378
34	ALUMINIO ACETATO SOBRE POLVOS TOPICA (EXTERNA) código 3495030	SOBRE	534
35	ALUMINIO HIDROXIDO 234 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	228
36	ALUMINIO HIDROXIDO 6% SUSPENSIONES ORAL código 1610010	MILILITRO	4.136
37	AMANTADINA de 100 MILIGRAMOS código 1820010	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/P	1.031
38	AMIKACINA 100MG/2ML AMPOLLA L código 1010005	AMPOLLA/VIAL	1.060
39	AMIKACINA 500MG/2ML AMPOLLA código 1010015	AMPOLLA/VIAL	1.443
40	AMIODARONA de 200 MILIGRAMOS código 1212095	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PE	243
41	AMITRIPTILINA HCL de 25 MILIGRAMOS código 1830020	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PE	93
42	AMLODIPINO de 10 MILIGRAMOS código 1220032	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PE	178
43	AMLODIPINO de 5 MILIGRAMOS código 1220031	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PE	128
44	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (400+57)MG/5ML JARABE/ ORAL código 1016001	MILILITRO	31.323
45	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (500+125)MG código 1016002	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PE	2.855
46	AMOXICILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL código 1016004	MILILITRO	3.802
47	AMOXICILINA 500MG/5ML JARABE/ ORAL código 1016005	MILILITRO	6.240
48	AMOXICILINA de 500 MILIGRAMOS código 1016006	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	354
49	AMPICILINA + SULBACTAM 250MG/5ML JARABE/SUSPENSION ORAL código 1016026	MILILITRO	11.408
50	AMPICILINA + SULBACTAM de 375 MILIGRAMOS código 1016024	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	957
51	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATOSUSPENSION ORAL250MG/5 ML	MILILITRO	3.391
52	AMPICILINA de 500 MILIGRAMOS código 1016025	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	322
53	ANTIPIRINA + BENZOCAINA GLICERINA 50+10MG GOTAS OTICO AURICULAR código	MILILITRO	6.917
54	ANTISEPTICO BUCOFARINGEO de 8 % SOLUCIONES ORAL código 3495017	MILILITRO	5.933
55	ASCORBICO ACIDO de 500 MILIGRAMOS código 2810010	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	205
56	ATORVASTATINA 20MG código 1250004	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	295
57	ATROPINA SULFATO de 1 % COLIRIO OFTALMICO código 3350011	MILILITRO	13.933
58	AZITROMICINA 200MG/5ML JARABE/ ORAL código 1014113	MILILITRO	6.174
59	AZITROMICINA de 500 MILIGRAMOS código 1014110	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.212
60	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/PULVERIZACION INHALADOR NASAL código 1440020	INHALACIÓN/DISPARO	12.665
61	BECLOMETASONA DIPROPIONA 250MCG/PULVERIZACION INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPARO	6.582
62	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/INHALACION AEROSOL BUCAL código 1440010	INHALACIÓN/DISPARO	9.719
63	BENCILO BENZOATOLOCION TOPICA25%	MILILITRO	7.023
64	BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL400.000 UI	AMPOLLA/VIAL	1.468
65	BENCILPENICILINA PROCAINICA	AMPOLLA/VIAL	1.615
66	BENZIDAMIDA VAGINAL de 0,5 % CREMA/UNGUENTO/GEL/ VAGINAL Codigo 3495016	GRAMO	4.961
67	BETAMETASONA 0,6 % AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 2010119	AMPOLLA/VIAL	6.492
68	BETAMETASONA + ACIDO SALICILICO (0.05+3)% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA) código 3470008	GRAMO	28.309
69	BETAMETASONA 17 VALERATO de 0,1 % UNGUENTO TOPICA (EXTERNA) código 3470100	GRAMO	6.038

70	BETAMETASONA de 0,4 % AMPOLLA PARENTERAL código 2010118	AMPOLLA/VIAL	4.206
71	BETAMETASONA DIPRO + CLOTRIMAZOL (0.05+1)% CREMA/ TOPICA (EXTERNA) código	GRAMO	9.352
72	BETAMETASONA DIPROPIONATO 0,05% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA) código 347	GRAMO	3.985
73	BETAMETASONA+GENTAMICINA (0.05+0.1)% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTE código	GRAMO	21.280
74	BETAMETASONA+GENTAMICINA (0.05+0.1)% CREMA/L TOPICA (EXTER Codigo FA006	GRAMO	7.138
75	BETAMETILDIGOXINA 0.1 MG código 1240001	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.141
76	BETAMETILDIGOXINA 0.6MG/ML GOTAS ORAL código 1240004	FRASCO	37.147
77	BIPERIDENO de 2 MILIGRAMOS código 1820036	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	173
78	BISACODILOTAB/CAPS/GRAG/ COMP5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	90
79	BRIMONIDINA TARTRATO de ,2 % COLIRIO OFTALMICO código 3350004	MILILITRO	29.379
80	BROMAZEPAM de 6 MILIGRAMOS código 1840023	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	208
81	BROMAZEPAMTAB/CAPS/GRAG/ COMP3MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	2.122
82	BROMOCRIPTINA de 2,5 MILIGRAMOS código 2141010	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	535
83	BUDESONIDA 200MCG/DOSIS de 200 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL código	INHALACIÓN/DISPARO	28.845
84	BUDESONIDA 50MCG/DOSIS de 50 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL código 3220004	INHALACIÓN/DISPARO	27.560
85	CABERGOLINA de 0,5 MILIGRAMOS código	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	7.013
86	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D 600MG+200U.I. código 2810005	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	191
87	CALCIO CARBONATO 600MG código 2810032	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	157
88	CALCIO FOSFATO + VITAMINA D 600MG+125U.I. código 2810001	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	227
89	CALCIO FOSFATO 500-600MG código 2810034	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	232
90	CALCITRIOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP0.50MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	513
91	CAPSAICINA 0.025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) código 3480001	GRAMO	18.591
92	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	50
93	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	66
94	CARBAMAZEPINA de 20 MILIGRAMOS/MILILITRO SUSPENSIONES ORAL código 1810009	MILILITRO	3.578
95	CARBAMAZEPINA RETARD de 200 MILIGRAMOS código 1810025	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	223
96	CARBAMAZEPINA RETARD de 400 MG TABLETAS DE LIBERACION RETARDADA ORAL código 1810024-2	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	903
97	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA de 10 mg/ml COLIRIO OFTALMICO código 3340014-1	MILILITRO	7.730
98	CARVEDILOL de 25 MILIGRAMOS código 1212004	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	470
99	CARVEDILOL de 6,25 MILIGRAMOS código 1212002	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	323
100	CARVEDILOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP12.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	390
101	CEFALEXINA 250MG/5ML JARABE/ código 1012066	MILILITRO	7.059
102	CEFALEXINA de 500 MILIGRAMOS código 1012063	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	611
103	CEFRADINA POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL1G	AMPOLLA/VIAL	4.903
104	CEFRADINA COMP 500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	507
105	CETIRIZINA (CLORHIDRATO)SOLUCION ORAL1% (10MG/ML)	MILILITRO	4.636
106	CETIRIZINA de 1 mg/ml JARABE/ oral código 410121	MILILITRO	3.832
107	CETIRIZINA de 10 MILIGRAMOS código 410115	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	184
108	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12) de 1000 mcg AMPOLLA / código 2810050	AMPOLLA/VIAL	2.050
109	CIPROFIBRATO de 100 MILIGRAMOS código 1250006	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.240
110	CIPROFLOXACINA + DEXAMETASONA (3+1)MG/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO código 3320040	MILILITRO	5.956
111	CIPROFLOXACINA + FLUOCINOLONA (3+0.25)MG GOTAS OTICO AURICULAR código 3210005	MILILITRO	23.330
112	CIPROFLOXACINA 0,3% COLIRIO OFTALMICO código 3320030	MILILITRO	8.974
113	CIPROFLOXACINA de 250 MILIGRAMOS /PERLA ORAL código 1020095	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	562
114	CIPROFLOXACINA de 500 MILIGRAMOS código 1020096	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	358
115	CIPROTERONA ACETATO+ETILINESTRADIOL (2+0.035)MG código 2144016	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	823
116	CLARITROMICINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL código 1014101	MILILITRO	13.090
117	CLARITROMICINA de 500 MILIGRAMOS código 1014001	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.282
118	CLEMASTINA 2MG/2ML SOLUCION INYECTABLE PARENTERAL código 410030	AMPOLLA/VIAL	13.912
119	CLINDAMICINA 100 MILIGRAMOS OVULO/ código 1015107	OVULO/TABLETA/CAPSUL	4.420
120	CLINDAMICINA de 1 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA) código 3410020	MILILITRO	11.200
121	CLINDAMICINA de 2 % CREMA/GEL/JALE/UNGUENTO VAGINAL código 1015106	GRAMO	19.780
122	CLINDAMICINA de 300 MILIGRAMOS código 1015108	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	961
123	CLOBAZAM de 20 MILIGRAMOS código 1810045	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	729
124	CLOBAZAM de 10 MILIGRAMOS código 1810044	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	787
125	CLOBETASOL PROPIONATO (CREMA) de 0,05 % CREMA/) código 3470001	GRAMO	11.300
126	CLOBETASOL PROPIONATO (LOCION) de 0,05 % LOCION TOPICA código 3470002	MILILITRO	19.817
127	CLONAZEPAM de 2,5 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL código 1810072	MILILITRO	19.530
128	CLONAZEPAM 0,5MG código 1810065	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	101
129	CLONAZEPAM 2MG código 1810070	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	146
130	CLONIDINA de 0,15 MILIGRAMOS código 1220090	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	166
131	CLOPIDOGREL de 75 MILIGRAMOS código 1210001	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	368
132	CLORFENIRAMINA / COMP4MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	45
133	CLORFENIRAMINASOLUCION ORAL2MG/5 ML	MILILITRO	2.303
134	CLOROQUINA de 150 MILIGRAMOS código 1070020	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	164
135	CLOTRIMAZOL 1 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) código 3410035	GRAMO	2.821
136	CLOTRIMAZOL de 1 % CREMA/GEL/JALEA/UNGUENTO VAGINAL código 1040030	GRAMO	5.461
137	CLOTRIMAZOL de 100 MILIGRAMOS OVULO/TABLETA VAGINAL código 1040020	ÓVULO/TABLETA VAGINAL	242
138	CLOZAPINA de 100 MILIGRAMOS código 1870001	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	302
139	CLOZAPINA de 25 MILIGRAMOS código 1870050	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	166
140	COLCHICINA de 0,5 MILIGRAMOS código 810030	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	157
141	COLESTIRAMINA ANHIDRA de 4 GRAMO POLVOS ORAL código 1250010	SOBRE	1.738
142	COLISTINA + NEOMICINA + HIDROCORTISONA (1.5+5+0.5)MG/ML GOTAS OTICO AURICULAR código 3210002	MILILITRO	9.062
143	COMPLEJO B (INYECTABLE) MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 2810060	AMPOLLA/VIAL	1.562

144	COMPLEJO B (JARABE) de 120 MILILITRO FRASCO ORAL código 2810080	MILILITRO	2.913
145	COMPLEJO B (TAB) MILIGRAMOS código 2810070	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	214
146	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) ESPUMA de 8 % ESPUMAS TOPICA (EXTERNA) código 3410006	MILILITRO	6.027
147	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) SOLUCION de 10 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA) código 3410037	MILILITRO	5.220
148	CORTICOIDE + ANESTESICO CREMA/UNGUENTO RECTAL código 1310015	GRAMO	9.050
149	CORTICOIDE + FENILEFRINA (1+0.12)% COLIRIO OFTALMICO código 3350070	MILILITRO	13.046
150	CORTICOIDE + LIDOCAINA (5+60)MG SUPOSITORIO RECTAL código 1310016	SUPOSITORIO	2.303
151	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1 MG+ 3,5 MG + (6.000-6.600 UI)) / ML COLIRIO OFTALMICO código 3320121	MILILITRO	6.086
152	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1-5) MG + 3,5 MG (3500UI) + (6.000 - 10.000) UI/ 1 G UNGUENTO OFTALMICO código 3320060	GRAMO	9.520
153	CORTICOIDE + SULFACETAMIDA + FENILEFRINA 02%+10%+012% COLIRIO OFTALMICO Codigo 3320080	MILILITRO	5.560
154	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL2% (20MG/ML)	MILILITRO	3.743
155	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL4% (40MG/ML)	MILILITRO	6.045
156	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA2% (20MG/ML)	MILILITRO	4.105
157	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA4% (40MG/ML)	MILILITRO	4.003
158	CROTAMITONLOCION TOPICA10%	MILILITRO	3.412
159	DANAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	2.490
160	DEFLAZACORT de 30 MILIGRAMOS código 2010121	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	498
161	DEFLAZACORT de 6 MILIGRAMOS código 2010120	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	300
162	DESLORATADINA de 0,5 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE ORAL código 410089	MILILITRO	5.464
163	DEXAMETASONA de 0,4 % AMPOLLA PARENTERAL código 2010011	AMPOLLA/VIAL	910
164	DIAZEPAM de 10 MILIGRAMOS código 1840070	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	326
165	DICLOFENACO (SODICO)TAB/COMP100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	155
166	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAVENOSO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 820010	AMPOLLA/VIAL	1.057
167	DICLOFENACO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO código 3310000	MILILITRO	7.140
168	DICLOFENACO de 50 MILIGRAMOS código 820025	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	132
169	DICLOXACILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL código 1016158	MILILITRO	8.510
170	DICLOXACILINA de 500 MILIGRAMOS código 1016150	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	393
171	DILTIAZEM de 180 MILIGRAMOS código 1230177	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	550
172	DILTIAZEM de 60 MILIGRAMOS código 1230175	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	200
173	DIMENHIDRINATO 50MG código 1620020	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	155
174	DIPIRONA (METAMISOL SODICO)SOLUCION PARENTERAL2.5G/5ML	AMPOLLA/VIAL	542
175	DIPIRONA + ISOMETHEPTENO + CAFEINA ANHIDRA (300+50+30)MG/ML JARABE/ ORAL código 210055	MILILITRO	17.285
176	DIPIRONA 1G/2ML AMPOLLA PARENTERAL código 210050	AMPOLLA/VIAL	754
177	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/COMPRIMIDO/GRAGEA/PER LA código 210040	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	92
178	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL código 210045	MILILITRO	8.705
179	DIPIRONA MAGNESICASOLUCION PARENTERAL2G/5ML	AMPOLLA/VIAL	1.081
180	DOMPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	573
181	DOMPERIDONE de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/ ORAL código 1620030	MILILITRO	12.322
182	DORZOLAMIDA CLORHIDRATO 20 MG/ML MILILITRO GOTAS OFTALMICO código 3350030	MILILITRO	17.812
183	DOXICICLINA de 100 MILIGRAMOS código 1030170	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	280
184	DOXOFILINA 100MG/5ML JARABE ORAL código 1440000	MILILITRO	48.961
185	ENALAPRIL de 20 MILIGRAMOS / código 1220035	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	168
186	ENALAPRIL de 5 MILIGRAMOS código 1220038	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	135
187	ERGOTAMINA + CAFEINA (1+100)MG /PERLA ORAL código 210081	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	700
188	ERITROMICINA (ESTEARATO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	402
189	ERITROMICINA (METILSUCCINATO O ESTEARATO)POLVO PARA SUSPENSION ORAL5% (250MG/5ML) (base)	MILILITRO	6.543
190	ERITROMICINA 4-5 % GRAMO CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) código 3420015	GRAMO	18.660
191	ESPIRAMICINA 3 M.U.I. código 1014170	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.710
192	ESPIRONOLACTONA de 100 MILIGRAMOS código 1220140	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	202
193	ESPIRONOLACTONA de 25 MILIGRAMOS código 1220141	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	85
194	ESTRADIOL de 2 MILIGRAMOS código 2130021	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.288
195	ESTRADIOL / ESTRADIOL + CIPROTERONA 2MG/(2+1) MG MILIGRAMOS código 2130050	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	2.648
196	ESTRADIOL + NORGESTREL (2+0.5) MCG MICROGRAMOS código 2130009	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.363
197	ESTRIOL de 1 MILIGRAMOS/GRAMO CREMA/GEL/JALEA/UNGUENTO VAGINAL código 2130019	GRAMO	17.847
198	ESTRIOL de 3,5 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL código 2130018	OVULO	1.915
199	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 0,3 MILIGRAMOS código 2130110	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.690
200	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 0,625 MILIGRAMOS código 2130111	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	586
201	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOSCREMA VAGINAL0.0625% (0.625MG/G)	GRAMO	36.155
202	ETINILESTRADIOL + CLORMADINONA (0.03+2) MG código 2130000	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	2.367
203	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL (30+150)MCG código 2130006	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	267
204	FENILEFRINA COLIRIO 5 -10% MILILITRO COLIRIO OFTALMICO código 3350040	MILILITRO	12.462
205	FENITOINA SODICA 100MG código 1810090	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	406
206	FENITOINA SODICASUSPENSION ORAL125MG/5 ML (2.5%)	MILILITRO	15.240
207	FENOXIMETILPENICILINATAB/C	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	796
208	FEXOFENADINA de 120 MILIGRAMOS código 410002	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	940
209	FINASTERIDE de 5 MILIGRAMOS código 2144032	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	980
210	FITOESTROGENOS 40-80MG (ISOFLAVONAS) código 2130140	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	6.250
211	FLUCONAZOL 50MG/5ML JARABE/ ORAL código 1040062	MILILITRO	5.898
212	FLUCONAZOL de 200 MILIGRAMOS código 1040063	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	582
213	FLUCONAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP150MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	425
214	FLUNARIZINA de 10 MILIGRAMOS código 1230240	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.605

215	FLUOROMETALONA ACETATO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO código 3320153	MILILITRO	3.408
216	FLUOXETINA HCL de 20 MILIGRAMOS código 1830110	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	135
217	FLUOXETINASOLUCION ORAL20MG/5 ML (base)	MILILITRO	5.074
218	FOLICO ACIDO + COMPUESTO DE HIERRO (0,25- 1) + (100-525) MG código 2410050	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	335
219	FOLICO ACIDO de 5 MILIGRAMOS código 2410040	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	172
220	FOLICO ACIDOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	270
221	FOSFATO + BIFOSFATO DE SODIO 6-16% FRASCO ORAL código 1640040-2	MILILITRO	11.086
222	FOSFATO + BIFOSFATO DE SODIO RECTAL MILILITRO ENEMA RECTAL código 1640040-1	MILILITRO	11.107
223	FRACCION FLAVONOIDE MICRONIZADA (DIOSMINA+HESPERIDINA) de 500 MILIGRAMOS código 230003	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	950
224	FURAZOLIDONA 50MG/15ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/ELIXIR/GOTAS SOLUCION ORAL código 1060005	MILILITRO	3.280
225	FURAZOLIDONA de 100 MILIGRAMOS código 1060006	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	356
226	FUROSEMIDA 20MG/2ML MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 1220150	AMPOLLA/VIAL	1.270
227	FUROSEMIDA de 40 MILIGRAMOS código 1220160	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	256
228	FUSIDICO ACIDO 2% CREMA/UNGUENTO/GEL/ TOPICA (EXTERNA) código 3495110	GRAMO	7.038
229	GABAPENTIN 400MG código 1810175	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	382
230	GABAPENTIN 600MG código 1810176	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	846
231	GEMFIBROZILO de 600 MILIGRAMOS código 1250026	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	208
232	GEMFIBROZILO de 900 MILIGRAMOS código 1250027	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	553
233	GENTAMICINA de 3 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO código 3330031	MILILITRO	6.560
234	GENTAMICINA 160MG/2ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 1010206	AMPOLLA/VIAL	1.180
235	GENTAMICINA 1MG/G CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA) código 3410030	GRAMO	6.880
236	GENTAMICINA 80MG/2ML AMPOLLA PARENTERAL código 1010205	AMPOLLA/VIAL	1.510
237	GINKGO BILOBA EXTRACTO de 40 MILIGRAMOS código 1230270	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	296
238	GINKGO BILOBA / COMP80MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	499
239	GLIBENCLAMIDA de 5 MILIGRAMOS código 2150020	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	385
240	GLICERILO GUAYACOLATO 2% JARABE ORAL código 1420015	MILILITRO	2.379
241	GLICERINA ADULTOS SUPOSITORIO RECTAL código 1640020	SUPOSITORIO	745
242	GLICERINA CARBONATADA de 1 % GOTAS OTICO AURICULAR código 3210015	MILILITRO	2.366
243	GLICERINA NIÑOS SUPOSITORIO RECTAL código 1640030	SUPOSITORIO	785
244	GLICLAZIDA de 80 MILIGRAMOS código 2150024	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	427
245	GLIMEPIRIDA de 2 MILIGRAMOS código 2150022	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	570
246	GLUCOSAMINA de 1500 MILIGRAMOS GRANULADO/POLVO ORAL código 820008	SOBRE	740
247	HALOPERIDOL de 2 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL código 1870106	MILILITRO	2.700
248	HALOPERIDOL de 5 MILIGRAMOS código 1870090	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	175
249	HALOPERIDOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	227
250	HEPARINA DE BAJO P.M. de 40 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL código 2411010-2	AMPOLLA/VIAL	16.100
251	HEPARINA DE BAJO P.M. de 80 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL código 2411018-2	AMPOLLA/VIAL	22.668
252	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR de 60 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL código 2411015-	AMPOLLA/VIAL	14.000
253	HIDROCLOROTIAZIDA + AMILORIDA (50+5)MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA ORAL código 1220220	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	765
254	HIDROCLOROTIAZIDA de 25 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	180
255	HIDROCORTISONA de 0,5 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA) código 3470185	MILILITRO	10.880
256	HIDROCORTISONA + AC. FUSIDICO (1+2)% CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA) código 3470011	GRAMO	12.645
257	HIDROCORTISONA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) código 3470195	GRAMO	5.400
258	HIDROCORTISONA de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL código 2010050	AMPOLLA/VIAL	3.095
259	HIDROXICINA 0,25% JARABE/SUSPENSION/EMULSION/ELIXIR/GOTAS SOLUCION ORAL código 410081	MILILITRO	4.450
260	HIDROXICINA de 25 MILIGRAMOS código 410060	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	135
261	HIDROXICLOROQUINA (SULFATO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	1.197
262	HIDROXICLOROQUINA de 400 MILIGRAMOS código 820069	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.775
263	HIERRO SACARATO INTRAVENOSO 100MG/5ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 2410060	AMPOLLA/VIAL	10.150
264	HIERRO SULFATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	293
265	HIOSCINA BUTIL BROMURO + PARACETAMOL (2+100)MG/ML GOTAS ORAL código 1650055	MILILITRO	6.927
266	HIOSCINA BUTIL BROMURO 10MG código 1650030	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	465
267	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG/MLS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 1650020	AMPOLLA/VIAL	1.610
268	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA 20MG+2.5G/5ML AMPOLLA/VIAL AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 1650040	AMPOLLA/VIAL	1.620
269	IBUPROFENO 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/ELIXIR/GOTAS SOLUCION ORAL código 820087	MILILITRO	1.655
270	IBUPROFENO de 400 MILIGRAMOS código 820086	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	318
271	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	212
272	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP800MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	242
273	IMIPRAMINA HCL de 25 MILIGRAMOS código 1830096	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	164
274	INDINAVIR de 400 MILIGRAMOS código 1011007	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	2.034
275	IMPLANTES DE PROGESTINA IMPLANTE (Hasta 3 años) código 2130150	KIT DE IMPLANTE	118.560
276	ISOTRETINOINA 10MG. código 3420088	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	2.040
277	INSULINA ANALOGA BIFASICA (LISPRO PROTAMINA) PREMEZCLASOLUCION SUBCUTANEA25 + 75UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	21.782
278	INSULINA ASPARTASOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	23.658
279	INSULINA GLARGINA de 300 UI/3ML AMPOLLA PARENTERAL código 2150060	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	31.743
280	INSULINA GLARGINA1000UI/10mL SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA/VIAL	105.809
281	INSULINA GLULISINA SOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	18.340
282	INSULINA HUMANA C de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL código 2150030	AMPOLLA/VIAL	11.541
283	INSULINA HUMANA DETEMIR SOLUCION SUBCUTANEA300UI/3ML	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	37.832
284	INSULINA HUMANA N de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL código 2150040	AMPOLLA/VIAL	11.541

285	INSULINA HUMANA N/C 70/30 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL código 2150035	AMPOLLA/VIAL	11.541
286	INSULINA HUMANA N/CSOLUCION INYECTABLE(70+30)UI/ DISPENSADOR DE 3ML	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	11.541
287	INSULINA HUMANA NSOLUCION SUBCUTANEA300UI/3ML	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	11.541
288	INSULINA LISPRO de 1000UI/10 ML AMPOLLA PARENTERAL código 2150050	AMPOLLA/VIAL	61.100
289	IPRATROPIO + FENOTEROL (0.25+0.5)MG/ML SOLUCIONES PARA NEBULIZADORES NASAL código 1440013	MILILITRO	69.950
290	IPRATROPIO + FENOTEROL AEROSOL (20+50) mcg/pulverización	FRASCO AEROSOL	49.055
291	IPRATROPIO BROMURO 20 MICROGRAMOS/PULVERIZ AEROSOL INHALACION código 1440002	PULVERISACION	8.345
292	ISOCONAZOL de 10 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA) código 1040125	MILILITRO	3.625
293	ISONIAZIDA de 100 MILIGRAMOS código 1080030	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	5.100
294	ISONIAZIDA de 300 MILIGRAMOS código 1080030	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	3.872
295	ISOSORBIDE DINITRATO de 5 MILIGRAMOS código 1211151	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	568
296	ISOSORBIDE DINITRATO COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	195
297	ISOSORBIDE MONONITRATO de 20 MILIGRAMOS código 1211155	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.513
298	ISOTRETINOINA de 20 MILIGRAMOS código 3420087	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	3.090
299	IVERMECTINA GOTAS ORAL DE 6MG/MILILI código 3495018	MILILITRO	7.220
300	KETOCONAZOL 2% CHAMPU TOPICA (EXTERNA) código 3410130	MILILITRO	24.037
301	KETOCONAZOL de 200 MILIGRAMOS código 1040120	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	350
302	KETOPROFENO 2,5% CREMA/L TOPICA (EXTERNA) código 3480011	GRAMO	8.256
303	KETOPROFENO de 100 MILIGRAMOS código 820082	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	267
304	KETOPROFENO de 100MILIGRAMOS/ 2MILILITRO AMPOLLA AL código 820084	AMPOLLA/VIAL	1.505
305	KETOPROFENO de 200 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	268
306	KETOTIFENO 0,025% COLIRIO OFTALMICO código 3300010	MILILITRO	12.400
307	KETOTIFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	63
308	LACTULOSA 66,7 % SOBRE ORAL código 1640035	SOBRE	3.290
309	LAMOTRIGINA 200MG código 1810005	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	2.260
310	LAMOTRIGINA 25MG código 1810004	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	679
311	LAMOTRIGINA 50MG código 1810003	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	700
312	LAMOTRIGINA 5MG	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	904
313	LAMOTRIGINA de 100 MILIGRAMOS código 1810002	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.892
314	LANSOPRAZOL de 30 MILIGRAMOS código 1611160	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	256
315	LATANOPROST 0.005 % de COLIRIO OFTALMICO código 3350003	MILILITRO	9.485
316	LEFLUNOMIDE de 100 MILIGRAMOS código 2910016	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	26.103
317	LEFLUNOMIDE de 20 MILIGRAMOS código 2910009	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.600
318	LEVODOPA BENZERACIDA (200+50) MG código 1820042	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	6.342
319	LEVODOPA CARBIDOPA (100+25) MG código 1820041	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.125
320	LEVODOPA CARBIDOPA (250+25) MG código 1820040	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	500
321	LEVOMEPROMAZINA MALEATOSOLUCION ORAL4% (base)	FRASCO	17.860
322	LEVOMEPROMAZINA MALEATO COMP100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	767
323	LEVOMEPROMAZINA MALEATO / COMP25MG(base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	598
324	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP 0,75 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	1.060
325	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP30MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	695
326	LEVOTIROXINA de 100 MICROGRAMOS código 2160033	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	518
327	LEVOTIROXINA de 125 /PERLA ORAL código 2160035	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	380
328	LEVOTIROXINA de 50 Mg código 2160030	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	284
329	LEVOTIROXINA de 75 MICROGRAMOS código 2160031	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	425
330	LIDOCAINA HCL CON EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % X 10 ML AMPOLLA PARENTERAL código 3020055	AMPOLLA/VIAL	8.478
331	LIDOCAINA HCL de 2 % JALEA TOPICA (EXTERNA) código 3020060	GRAMO	7.610
332	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE 2% X 10ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 3020070	AMPOLLA/VIAL	1.740
333	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % AMPOLLA PARENTERAL código 3020065	AMPOLLA/VIAL	6.480
334	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTES (2% X 20ML) AMPOLLA PARENTERAL código 3020001	AMPOLLA/VIAL	5.090
335	LIDOCAINA SPRAY de 10 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA) código 3020075	FRASCO	42.310
336	LITIO CARBONATO de 300 MILIGRAMOS código 1820045	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	260
337	LOPERAMIDA de 2 MILIGRAMOS código 1630040	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	131
338	LORATADINA (JARABE) de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE ORAL código 410088	MILILITRO	1.908
339	LORATADINA de 10 MILIGRAMOS código 410087	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	118
340	LORAZEPAM de 1 MILIGRAMOS código 1840110	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	435
341	LORAZEPAM de 2 MILIGRAMOS código 1840120	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	133
342	LOSARTAN de 100 MILIGRAMOS código 1220009	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	279
343	LOSARTAN de 50 MILIGRAMOS código 1220010	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	176
344	LOVASTATINATAB/CAPS/GRAG/ COMP20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	360
345	MAGNESIO VALPROATO 200MG código 1810008	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.916
346	MEBENDAZOLSUSPENSION ORAL2% 100MG/5ML	MILILITRO	2.416
347	MEBENDAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	110
348	MEDROXIPROGESTERONA de 5 MILIGRAMOS código 2130120	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	446
349	MEDROXIPROGESTERONA de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA / código 2130121	AMPOLLA/VIAL	7.132
350	MEDROXIPROGESTERONA+EST RADIOLSOLUCION PARENTERAL(25+5)MG	AMPOLLA/VIAL	7.260
351	MELOXICAM de 7,5 MILIGRAMOS código 820149	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	403
352	MENTOL + ALCANFOR + GUAYACOL (3+4+1)% CREMA/ TOPICA (EXTERNA) código 3480006	GRAMO	13.587
353	METFORMINA COMP1000MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	1.962
354	METFORMINA de 500 MILIGRAMOS código 2150002	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	524
355	METFORMINA de 850 MILIGRAMOS código 2150018	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	565
356	METILPREDNISOLONA ACETATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 2010065	AMPOLLA/VIAL	6.780

357	METILPREDNISOLONA SUCCINATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 2010070	AMPOLLA/VIAL	6.782
358	METIMAZOL de 5 MILIGRAMOS código 2160020	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	183
359	METOCARBAMOL de 750 MILIGRAMOS código 230029	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	313
360	METOCLOPRAMIDA 10MG código 1620070	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	106
361	METOCLOPRAMIDA de 10 MILIGRAMOS/ 2 MILILITROS AMPOLLA / VIAL PARENTERALcódigo 1620060	AMPOLLA/VIAL	495
362	METOCLOPRAMIDA de 4 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL código 1620080	MILILITRO	2.815
363	METOPROLOL TARTRATO de 100 MILIGRAMOS código 1211190	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	148
364	METOPROLOL TARTRATO de 50 MILIGRAMOS código 1211180	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	90
365	METOTREXATE de 2,5 MILIGRAMOS código 2210030	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	405
366	METOTREXATE de 50 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 2210040	AMPOLLA/VIAL	15.514
367	METRONIDAZOL 250MG/5ML JARABE/ ORAL código 1050050	MILILITRO	5.220
368	METRONIDAZOL de 500 MG código 1050040	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	272
369	METRONIDAZOL OVULO de 500 MILIGRAMOSÓVULO/CAPSULA código 1050060	ÓVULO/CAPSULA VAGINAL/TABLETA	528
370	METRONIDAZOL/NISTATINA 500MG/100.000 U.I. OVULO/TABLETA VAGINAL código 1050010	TABLETA VAGINAL / OVULOS	835
371	METRONIDAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	216
372	MICONAZOL de 2 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) código 1040002	GRAMO	53.388
373	MIDAZOLAM de 7,5 MILIGRAMOS código 1840018	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.267
374	MINOCICLINA de 100 MILIGRAMOS código 1030341	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.256
375	MIRTAZAPINA de 30 MILIGRAMOS código 1870007	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	678
376	MIRTAZAPINATAB/CAPS/GRAG/ COMP15MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	1.952
377	MISOPROSTOL de 200 MICROGRAMOS código 1611155	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	3.171
378	MOMETASONA FUROATO de 50 MICROGRAMOS AEROSOL NASAL código 410001	INHALACIÓN/DISPARO	10.692
379	MOMETASONA FUROATO 0.1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) código 3470007	GRAMO	7.821
380	MOMETASONA FUROATO 0.1% EMULSION/LOCION TOPICA (EXTERNA) código 3470013	TUBO/FRASCO	7.138
381	MONTELUKAST de 10 MG de código 1440023	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	476
382	MONTELUKAST de 4 MILIGRAMOS código 1440024	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	673
383	MONTELUKAST de 5 MILIGRAMOS código 1440022	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	280
384	MOXIFLOXACINA 0.5% COLIRIO OFTALMICO código 3320160	MILILITRO	15.185
385	MOXIFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS código 1020001	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	3.545
386	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F. GOTAS ORAL código 2810110	MILILITRO	11.768
387	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F. JARABE ORAL código 2810100	MILILITRO	14.684
388	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F. código 2810025	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	928
389	NALIDIXICO ACIDO 5G/100ML de 500 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/ ORAL código 1020110	MILILITRO	32.128
390	NAPROXEN COMP500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	337
391	NAPROXENO (125MG/5ML) JARABE/ ORAL código 820105	MILILITRO	3.738
392	NAPROXENO de 250 MILIGRAMOS código 820100	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	285
393	N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA + ACETAMINOFEN 10/500 MG código 1650050	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	358
394	NIFEDIPINA de 10 MILIGRAMOS código 1220050	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	158
395	NIFEDIPINA LIB. CONTROLADA (OSMOTICA) de 30 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.490
396	NIFEDIPINA LIB. CONTROLADA (PROGRAMADA) de 30 Mg código 1220055-1	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	210
397	NIMODIPINO de 30 MILIGRAMOS código 1230262	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	378
398	NISTATINA de 100.000 UI OVULO/TABLETA VAGINAL código 1040080	TABLETA VAGINAL / ÓVULO	2.159
399	NISTATINA de 100.000 UI/ML JARABE/SUSPENSION/ ORAL código 1040100	MILILITRO	3.964
400	NITAZOXANIDA de 2 % JARABE/ ORAL código 1060036	MILILITRO	8.620
401	NITAZOXANIDA de 500 MILIGRAMOS código 1060035	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	958
402	NITROFURANTOINA de 100 MILIGRAMOS código 1020060	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	173
403	NITROFURAZONA 0.2% CREMA/ TOPICA (EXTERNA) código 3410009	GRAMO	9.960
404	NORETISTERONA + ESTRADIOL (1+2)MG código 2130122	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	5.450
405	NORETISTERONA + ESTRADIOL (50+5) MG/ML AMPOLLA PARENTERAL código 2130123	AMPOLLA/VIAL	7.724
406	NORFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS código 1020080	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	168
407	NUTRICION COMPLETA PARA PACIENTE ADULTO (400GRS) de código 2820111-2 ABBOTT	GRAMO	37.597
408	OLANZAPINA de 10 MILIGRAMOS código 1870175	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	595
409	OLANZAPINA de 5 MILIGRAMOS código 1870170	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	468
410	OLOPATADINA CLORHIDRATOSOLUCION OFTALMICA0.2%	MILILITRO	9.150
411	OMEPRAZOL 20MG código 1611150	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	200
412	OXCARBAZEPINATAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	502
413	OXIBUTININO 5MG/5ML SUSPENSIONES ORAL código 1650003	MILILITRO	19.590
414	OXIBUTINO CLORURO 5 MG código 1650001	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	503
415	OXICODONA DE LIBERACION MODIFICADA de 20 MILIGRAMOS código 220034	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	910
416	OXIMETAZOLINA SOLUCION 0,025% GOTAS NASAL código 3220040	MILILITRO	2.494
417	OXIMETAZOLINA SOLUCION 0,05% GOTAS NASAL código 3220030	MILILITRO	3.280
418	OXITETRACICLINA + POLIMIXINA B (5MG+10000UI)/G UNGUENTO OFTALMICO código 3320002	GRAMO	9.224
419	PANCREATINA+ DIMETILPOLISILOXANOTAB/CAPS/GRAG/ COMP(170-200)MG+(25-100)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	1.292
420	PENICILINA CRISTALINA de 1.000.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 1016255	AMPOLLA/VIAL	1.280
421	PENICILINA G BENZATINICA de 1.200.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 1016265	AMPOLLA/VIAL	1.516
422	PENICILINA G BENZATINICA de 2.400.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 1016280	AMPOLLA/VIAL	2.113
423	PENICILINA V POTASICA 250MG/5ML JARABE ORAL código 1016295	MILILITRO	15.500
424	PENTOXIFILINA de 400 MILIGRAMOS código 1230042	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	523
425	PEROXIDO DE BENZOILO (2,5 - 10)% LOCION TOPICA (EXTERNA) código 3420080	MILILITRO	14.450
426	PICOSULFATO 1.5 MCG/GOT MICROGRAMOS GOTAS ORAL código 1640070	MILILITRO	31.220
427	PIPOTIAZINA PALMITATOSOLUCION PARENTERAL100MG/4ML	AMPOLLA/VIAL	82.976
428	PIPOTIAZINA PALMITATOSOLUCION PARENTERAL25MG/ML	AMPOLLA/VIAL	8.752
429	PIRANTEL (EMBONATO O PAMOATO)250MG/5ML (base 5%) SUSPENSION ORAL	MILILITRO	3.408
430	PIRANTEL (EMBONATO O / COMP250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	394

431	PIRANTEL / OXANTEL (250/250) MG/5ML JARABE/ ORAL código 1060049	MILILITRO	1.435
432	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA 25 MG. + 500 MG. código 1070060	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	7.170
433	PLATA SULFADIAZINA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) código 3410056	GRAMO	8.400
434	PODOFILINA 20% SOLUCIONTOPICA (EXTERNA) código 3420032	MILILITRO	17.560
435	POLIACRILICO ACIDO (0.2-0,25)% GEL OFTALMICO código 3340005	GRAMO	17.510
436	POLIETILENGLICOL + PROPILENGLICOL (4 + 3) MG/ML FRASCO COLIRIO OFTALMICO código 3340040	MILILITRO	36.842
437	POLIETILENGLICOL 3350 5.9% POLVOS ORAL código 1640001	SOBRE	12.112
438	PRAZOSIN de 1 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA ORAL código 1220260	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	256
439	PREDNISOLONA (1-10) MG/ML de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCIONES ORAL código 2010092	MILILITRO	38.000
440	PREDNISOLONA de 5 MILIGRAMOS código 2010090	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	168
441	PREDNISONA de 50 MILIGRAMOS código 2010091	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	745
442	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL código 2130156	OVULO	4.440
443	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS código 2130154	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	3.194
444	PROPAFENONA de 150 MILIGRAMOS PARENTERAL código 1212060	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	360
445	PROPARACAINA HCL 5MG/ML COLIRIO OFTALMICO código 3350012	MILILITRO	73.634
446	PROPRANOLOL de 40 MILIGRAMOS código 1220100	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	70
447	PSYLLIUM MUCILAGO 49-90% SOBRE GRANULADO/POLVO ORAL código 1640050	SOBRE	1.424
448	QUINAPRIL de 10 MILIGRAMOS código 1220041	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	960
449	QUINAPRIL de 20 MILIGRAMOS código 1220042	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	437
450	RANITIDINA 150MG código 1611140	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	390
451	RANITIDINA 150MG/10ML JARABE ORAL código 1611141	MILILITRO	72.200
452	RANITIDINA 50MG/2ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 1611130	AMPOLLA/VIAL	659
453	RANITIDINA de 300 MILIGRAMOS código 1611142	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	260
454	RETINOICO ACIDO + HIDROQUINONA 0.05 + (2- 5)% CREMA TOPICA (EXTERNA) código 3420190	GRAMO	13.240
455	RETINOICO ACIDO 0.025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA) código 3420084	GRAMO	9.506
456	RETINOICO ACIDO 0,05% CREMA/ tópica (EXTERNA) código 3420085	GRAMO	4.240
457	RIFAMPICINA de 300 MILIGRAMOS código 1080310	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	4.600
458	RISPERIDONA 1 MG/ml de 1 Ml GOTAS ORAL código 764003	MILILITRO	25.910
459	RISPERIDONA de 3 MILIGRAMOS código 1870004	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	25.840
460	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	486
461	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	490
462	SACCHAROMYCES BOULARDI 250 MG Código 1630050	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	3.114
463	SALBUTAMOL (SULFATO)SOLUCION ORAL0.04% (2MG/5ML)	MILILITRO	4.000
464	SALBUTAMOL (SULFATO) COMP4MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	1.195
465	SALBUTAMOL 100MCG/PULV AEROSOL BUCAL código 1440160	INHALACIÓN/DISPARO	3.764
466	SALES DE REHIDRATACION ORALSOLUCION ORAL Aporte al menos 60 meq de sodí	MILILITRO	5.005
467	SALES DE REHIDRATACION ORL GRANULADO/POLVO ORAL código 2620006-2	SOBRE	1.925
468	SECNIDAZOL 500MG/15ML JARABE/OTAS SOLUCION ORAL código 1050091	MILILITRO	1.550
469	SECNIDAZOL de 500 MILIGRAMOS código 1050090	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.720
470	SERTRALINA de 100 MILIGRAMOS código 1830076	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	478
471	SERTRALINA de 50 MILIGRAMOS código 1830075	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	573
472	SOLUCION SALINA HIPERTONICA 5% COLIRIO OFTALMICO código 3340008	MILILITRO	31.540
473	SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% 100 ML de 100 MILILITRO BOLSA PARENTERAL código 2610045-2	BOLSA PLASTICA EN PVC	2.941
474	SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% GOTAS NASAL código 3220001	MILILITRO	2.108
475	SUCRALFATE 1G TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA ORAL código 1610070	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	305
476	SUCRALFATE 1G/5ML SUSPES ORAL código 1610071	MILILITRO	26.600
477	SULFACETAMIDA SODICA 10-15% COLIRIO OFTALMICO código 3320110	MILILITRO	5.165
478	SULFASALAZINA de 500 MILIGRAMOS código 820200	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	312
479	TACROLIMUSCREMA TOPICA0.03%	GRAMO	27.211
480	TACROLIMUSCREMA TOPICA0.10%	GRAMO	38.800
481	TAMOXIFENO de 20 MILIGRAMOS código 2210012	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	290
482	TAMSULOSINA de 0.4 MILIGRAMOS código 2144007	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	569
483	TECLOZAN de 500 MILIGRAMOS código 1060045	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	580
484	TEOFILINA 80MG/15ML JARABE ORAL código 1440192	MILILITRO	7.257
485	TEOFILINA LIBERACION LENTA 125MG código 1440210	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	205
486	TEOFILINA LIBERACION LENTA 300MG código 1440195	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	285
487	TERAZOSIN de 2 MILIGRAMOS código 1220125	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	625
488	TERAZOSIN de 5 MILIGRAMOS código 1220127	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	587
489	TERBINAFINA 250MG código 3410135	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	368
490	TETRACICLINA de 500 MILIGRAMOS código 1030340	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	171
491	TIAMINA (VITAMINA B1) de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL código 2810150	AMPOLLA/VIAL	2.709
492	TIAMINA (VITAMINA B1) de 300 MILIGRAMOS código 2810170	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	207
493	TIBOLONA de 2,5 MILIGRAMOS código 2210214	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.125
494	TIMOLOL + DORZOLAMIDA (0,5+2)% COLIRIO OFTALMICO código 3350032	MILILITRO	13.154
495	TIMOLOL MALEATO 0.5% COLIRIO OFTALMICO código 3350031	MILILITRO	6.776
496	TIMOLOL+BIMATOPROSTSOLUCION OFTALMICA(5+0.3)MG/ML	MILILITRO	34.714
497	TINIDAZOL de 200 MIL JARABE ORAL código 1050131	MILILITRO	1.983
498	TINIDAZOL de 500 MILIGRAMOS código 1050130	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	165
499	TIZANIDINA de 2 MILIGRAMOS código 230060	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	575
500	TIZANIDINA de 4 MILIGRAMOS código 230070	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	472
501	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA (0,3+0,1)% COLIRIO OFTALMICO código 3320130	MILILITRO	6.301
502	TOBRAMICINA 0.3% COLIRIO OFTALMICO código 3320140	MILILITRO	9.003
503	TOPIRAMATO 100MG código 1810031	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	3.072

504	TOPIRAMATO de 15 MILIGRAMOS código 1810026	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	940
505	TOPIRAMATO de 25 MILIGRAMOS código 1810028	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	860
506	TOPIRAMATO de 50 MILIGRAMOS código 1810029	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	458
507	TOXOIDE TETANICO 40U.I./0.5ML AMPOLLA PARENTERAL código 2911070	AMPOLLA/VIAL	6.157
508	TRAMADOL de 100 Mg/Ml JARABE ORAL código 220016	MILILITRO	6.756
509	TRAMADOL de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCION INYECTABLE PARENTERAL código 220015	AMPOLLA/VIAL	1.125
510	TRAMADOL (CLORHIDRATO)SOLUCION PARENTERAL100MG/2ML	AMPOLLA/VIAL	680
511	TRANEXAMICO ACIDO de 500 MILIGRAMOS código 2412010	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	12.615
512	TRAVOPROST 0,004 % de COLIRIO OFTALMICO código 3350005	MILILITRO	61.720
513	TRAZODONA de 100 MILIGRAMOS código 1830005	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	710
514	TRAZODONA de 150 MILIGRAMOS código 1830006	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	3.200
515	TRAZODONA de 50 MILIGRAMOS código 1830015	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	285
516	TRIAMCINOLONA ACETONIDASUSPENSION PARENTERAL40MG/ML	AMPOLLA/VIAL	12.700
517	TRIAMCINOLONA de 10 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA PARENTERAL código 2010100	AMPOLLA/VIAL	11.220
518	TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG código 1610081	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	308
519	TRIMEBUTINA MALEATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	1.783
520	TRIMEBUTINASUSPENSION ORAL200MG/15ML	MILILITRO	11.782
521	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (160+800)MG código 1090010	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	301
522	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (80+400)MG/5ML JARABE ORAL código 1090031	MILILITRO	5.047
523	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL 40+200MG/5ML JARABE ORAL código 1090030	MILILITRO	4.321
524	TROPICAMIDA 1% COLIRIO OFTALMICO código 3350014	MILILITRO	34.200
525	UREA 10% CREMA/UNGUENTO/GELTOPICA (EXTERNA) código 3495186	GRAMO	40.715
526	UREACREMA TOPICA40%	GRAMO	43.341
527	URSODESOXICOLICO ACIDO de 300 MILIGRAMOS código 1620006	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	1.495
528	VALACICLOVIRT COMP1000MG	TAB/CAPA/GRAGEA	4.636
529	VALACICLOVIR COMP500MG	TAB/CAPA/GRAGEA	8.040
530	VALGANCICLOVIR de 450 MILIGRAMOS Codigo E0515	TAB/CAPA/GRAGEA	3.479
531	VALPROICO ACIDO + VALPROATO DE SODIO 250MG código 1810230	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	786
532	VALPROICO ACIDO + VALPROATO DE SODIO de 500 MILIGRAMOS código 1810240	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	798
533	VALPROICO ACIDO de 250 MILIGRAMOS código 1810190	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	301
534	VALSARTAN de 160 MILIGRAMOS código 1220007	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	343
535	VALSARTAN de 80 MILIGRAMOS código 1220008	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	323
536	VASELINA PURA USP de 100 % CREMA/ código 3720009	GRAMO	8.072
537	VENLAFAXINA de 75 MILIGRAMOS código 1830001	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	660
538	VERAPAMILO de 80 MILIGRAMOS código 1211150	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	298
539	VERAPAMILO RETARD de 120 MILIGRAMOS código 1211158	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	428
540	VERAPAMILO RETARD de 240 MILIGRAMOS código 1211160	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	298
541	VITAMINA A de 100.000 UI código 2810045	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	358
542	VITAMINA A de 50.000 UI código 2810040	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	256
543	VITAMINA D3 0.25MCG código 2810055	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	275
544	VITAMINA E de 400 UI código 2810012	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	498
545	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 2MG/0.2ML - AMPOLLA / Código 2412001	AMPOLLA/VIAL	1.105
546	WARFARINA de 2.5 MILIGRAMOS código 2411042	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	450
547	WARFARINA de 5 MILIGRAMOS código 2411040	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	416
548	ZINC + MULTIVITAMINAS S.M.N.F GRANULADO ORAL código 2810011	TARRO	19.770
549	ZINC + MULTIVITAMINAS S.M.N.F. código 2810111	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	441
550	ZINC OXIDO + NISTATINA (0,2 G+100.000 U.I.) / G CREMA/UNGUENTTOPICA (EXTERNA) código FA007	GRAMO	5.703
551	ZOLPIDEM de 10 MILIGRAMOS código 1840003	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PER LA	446
552	PREGABALINA 75 MG	TABLETAS	397
553	TIZANIDINA + ACETAMINOFEN (2+350MG)	TABLETAS	3.952
554	ROSUVASTATINA 40 MG	TABLETAS	1.549
555	DAPAGLIFLOZINA 10 MG	TABLETAS	4.642
556	CARBOXIMETILCELULOSA + GLICERINA (0.5+0.9)% OFTALMICA	COLIRIO/GOTAS	32.463
557	ADAPALENO + PEROXIDO BENZOILO GEL AL 0,1-0,3 % / 2,5 %	GEL	71.798
558	ROSUVASTATINA 20 MG	TABLETAS	586
559	LEVOTIROXINA TABLETA 25 MCG	TABLETAS	78
560	TADALAFILO 5 MG	TABLETAS	887
561	SACUBITRIL 24.3 MG /VALSARTAN 25.7 MG TABLETAS X 50 MG	TABLETAS	5.136
562	DAPAGLIFLOZINA 10 MG	TABLETAS	3.572
563	METOPROLOL SUCCINATO 50 MG	TABLETAS	736
564	ATORVASTATINA 40 MG	TABLETAS	155
565	AZELASTINA + FLUTICASONA 137 + 50 MCG SPRAY	SPRAY/1/UNIDAD	92.300
566	FEXOFENADINA SUSP X 6 MG/ML (30MG/5 ML)	SUSPENSION	28.850
567	CITRATO DE CALCIO + VITAMINA D3 1500+200 MG	TABLETAS	936
568	VITAMINA D3 (COLECALCIFEROL) DE 1000 UNIDADES INTERNACIONALES	TABLETAS	218
569	ROSUVASTATINA + EZETIMIBE TABLETAS X 40/10 MG	TABLETAS	4.560
570	VITAMINA D (COLECALCIFEROL) 5600 UI/ML (200 UI/GOTA) GOTAS ORALES	FRASCO	34.855
571	DAPAGLIFOZINA + METFORMINA XR 5/1000 MG	TABLETAS	2.685
572	PIRIDOXINA VITAMINA B6 50 MG	TABLETAS	85
573	LEVOTIROXINA 88 MCG	TABLETAS	454
574	METILSULFONILMETANO+ GLUCOSAMINA+ CONDROITINA (2400+1500+1200MG)	SOBRES	3.012
575	CELECOXIB 200 MG	TABLETAS	468
576	ERITROPOYETINA 2.000 U.I.	SOLUCION INYECTABLE	7.982
577	AZELASTINA + FLUTICASONA 137 + 50 MCG SPRAY	FCO-AEROSOL	92.300

578	SULFATO DE ZINC SOLUCION ORAL 2 MG/ML DE 2 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCIONES ORAL	SUSPENSION/1/FRASCO	12.625
579	ESPORAS DE BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES ORAL	AMPOLLA 5 ml	7.469
580	ESPORAS DE BACILLUS CLAUSII 40000 MILLONES DE UI	AMPOLLA	14.300
581	RIVAROXABAN 10MG	TABLETAS	3.196
582	SITAGLIPTINA+METFORMINA 50+1000 MG	TABLETAS	2.111
583	TIOTROPIO 2.5 MCG+ OLODATEROL 2.5 MCG INHALADOR	INHALADOR	185.132
584	RIVAROXABAN TAB X 15 MG	TABLETAS	1.771
585	BISOPROLOL 5 MG	TABLETAS	559
586	LEVETIRACETAM 1000 MG	TABLETAS	2.365
587	ETORICOXIB 90 MG	TABLETAS	1.205
588	ROSUVASTATINA + EZETIMIBE TABLETAS X 40/10 MG	TABLETAS	4.650
589	ROSUVASTATINA + FENOFIBRATO TAB 20/135 MG	TABLETAS	6.000
590	MOSAPRIDE CITRATO 5 MG	TABLETAS	589
591	SIMETICONA TABLETAS 125 MG	TABLETAS	823
592	ACIDO FENOFIBRICO CAP X 135 MG	TABLETAS	3.500
593	IRBESARTAN 150MG	TABLETAS	325
594	VALSARTAN 160 MG+AMLODIPINO 5MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG	TABLETAS	3.200
595	AMLODIPINO + VALSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TAB X (10/160/12,5) MG	TABLETAS	3.850
596	METOPROLOL SUCCINATO 50 MG	TABLETAS	603
597	L-TIROXINA SODICA 125 MCG	TABLETAS	560
598	LEVOTIROXINA TAB X 175 MCG	TABLETAS	1.565
599	CITRATO DE CALCIO + VITAMINA D3 1500+200 MG	TABLETAS	936
600	PREGABALINA TAB X 25 MG	TABLETAS	876
601	DENOSUMAB AMP X 60 MG	AMPOLLA	815.068
602	CITICOLINA TABLETA 500MG	TABLETAS	5.790
603	TIAMINA 100MG + PIRIDOXINA 150 MG	TABLETAS	49.218
604	BETAHISTINA 8 MG	TABLETAS	272
605	BETAHISTINA 16 MG	TABLETAS	356
606	BETAHISTINA CAPSULA 24 MG	TABLETAS	574
607	ACETAZOLAMIDA 250 MG	TABLETAS	728
608	SERTRALINA TAB X 25 MG	TABLETAS	3.269
609	TRAMADOL 100 mg/mL GOT	FRASCO	6.862
610	MEMANTINA 20 MG	TABLETAS	780
611	DICLOFENACO COLESTIRAMINA 75 MG	TABLETAS	5.200
612	EMPAGLIFOZINA TAB X 10 MG	TABLETAS	4.104
613	BUDESONIDA+FORMOTEROL 160+4.5 MCG/INHAL	INHALADOR	75.660
614	FORMOTEROL+BUDESONIDA INHALADOR 4.5+80 MCG	INHALADOR	62.114
615	RIFAXIMINA 550 MG TABLETA	TABLETAS	4.477
616	ESOMEPRAZOL 20 MG	TABLETAS	121
617	ESOMEPRAZOL 40 MG	TABLETAS	331
618	KETOCONAZOL 2% SHAMPOO	FRASCO	34.656
619	INMUNOGLOBULINA ANTI D 300MCG/2ML	AMPOLLA	73.040
620	LEVETIRACETAM 1000 MG	TABLETAS	2.850
621	LEVETIRACETAM 500 MG	TABLETAS	854
622	TICAGRELOR 90 MG	TABLETAS	1.729

NOTA:

1. SE ADJUDICARÁ EL CONTRATO A LA OFERTA PRESENTADA QUE TENGA el MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO, APLICADO A TODOS LOS ÍTEMS.
2. El oferente solo debe ofrecer un (01) porcentaje de descuento de manera general para todos los ítems.
3. EL PRECIO TECHO ES INMODIFICABLE.
4. SE DEBERÁN OFERTAR LA TOTALIDAD DE LOS ÍTEMS ANTES MENCIONADOS.
5. EL PRESENTE PROCESO SE ADJUDICARÁ POR EL VALOR DE **VEINTISEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($26.775.000)**, incluido IVA
6. Para el contrato los valores que tengan centavos, estos se aproximaran al valor más cercano al peso.

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones
NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

ANEXO No.6

COMPROMISO DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS.

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del Juramento con ocasión de la contratación para el suministro de medicamentos, certifico que mantendré los precios presentados en mi oferta para cada una de las moléculas a suministrar y los precios establecidos posteriormente para las moléculas no ofertadas, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones.

El proponente:

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

ANEXO No.7

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA

El suscrito Representante Legal de la _____
certifica que la prestación de los servicios de salud a contratar objeto del presente proceso contractual se llevará a cabo cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como son:

1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
2. Resolución 3100 Del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud."
3. Decreto 2200 de junio de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.
4. Resolución 1604 de 2013 se deberá dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia y/o trabajo del afiliado cuando este lo autorice **como** consecuencia de la entrega incompleta de los mismos.
5. Resolución 1403 de 2007
6. Resolución 444 de 2008
7. Resolución 1478 del 2006 Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado
8. Decreto 677 de 1995 Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia.
9. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

El proponente:

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

ANEXO No. 8

NIVEL DE EDUCACIÓN Ó NIVEL ACADEMICO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Yo_____, representante legal de la_____, certifico que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS), que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual, contando como mínimo en su oferta de personal con un:

Regente de farmacia o químico farmacéutico
Auxiliares en servicios farmacéuticos
Técnico o tecnólogo en químicos

El oferente deberá presentar los siguientes documentos **para el Municipio de Ocaña;**

*copia de la cedula
*copia del título otorgado por una institución de educación acreditada ante el ICFES
*certificado de inscripción ante el ente rector de la Salud del Departamento de Norte de Santander, como expendedor de Medicamentos.

El proponente:

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

ANEXO 9
TALENTO HUMANO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Referencia: Certificado de talento humano del proceso de MINIMA CUANTIA., Número **PN RASES No. 5 MIC 002 2025** cuyo objeto es: ***"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEOREMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER"***

Nombre del socio y/o profesional	Profesión	N° de matrícula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar

El proponente:

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

ANEXO N° 10

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Yo_____, Representante de la Firma _____ certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto del presente proceso que tiene por objeto el "*SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE* ***OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEOREMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA*** *Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER*"

El proponente:

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

ANEXO No. 11

CERTIFICACION CUBRIMIENTO DE LOS PUNTOS DE SUMINISTRO OFERTADOS, DIAS DE ATENCION Y HORARIOS

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

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

Nº	PUNTO DE ATENCION	NOMBRE DE LA DROGUERIA O FARMACIA	DIRECCION	TELEFONO
1				
2				

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones
NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado

ANEXO N° 12

RELACIÓN HOJA DE VIDA EQUIPOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

El suscrito_____ Representante Legal de la entidad _____ certifica que los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos a contratar objeto del presente proceso contractual se encuentran en buen estado de funcionamiento y tienen los mantenimientos y calibraciones vigentes los cuales garantizan una eficiente prestación de servicios de salud.

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS NOMBRE	CLASE Y MARCA DE EQUIPO	FECHA MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2023 – 2024	FECHA MANTENIMIENTO CORRECTIVO 2023 – 2024	FECHA CALIBRACIÓN 2023 – 2024 (si aplica o no aplica)

El proponente:

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

ANEXO No.13
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Transversal 154 No 24-147 el Bosque
Floridablanca.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de mínima cuantía. Número **PN RASES No. 5 MIC 002 2025** cuyo objeto es el: "*SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE* ***OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEOREMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA*** *Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER*", El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal. domiciliado en Domicilio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2°, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

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

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

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

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.
- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.

- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

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

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III
2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.
3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

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

El proponente:

_____

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

ANEXO No. 14
DECLARACION REGISTROS SANITARIOS INVIMA VIGENTES

NORTE DE SANTANDER_____

OFERENTE: _____

Declaro bajo la gravedad de juramento, que para las moléculas requeridas por la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, en su totalidad CUENTAN CON REGISTROS SANITARIOS (INVIMA) vigentes, de acuerdo con los parámetros exigidos por el Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, según Decreto 677 de 1995 y demás normas reglamentarias vigentes.

Si la propuesta presentada por la firma que represento fuera la ganadora en el proceso de contratación declaro que los respectivos registros serán presentados al Supervisor del Contrato una vez entre en ejecución el contrato respectivo.

Nota: Se exceptúan de este requisito los medicamentos comercializados por el Fondo Nacional de Estupefacientes, las drogas blancas y fórmulas magistrales.

Nota: En caso de encontrarse algún registro en trámite, deberá adjuntarse copia de la solicitud de renovación debidamente radicada ante el INVIMA

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones
NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

ANEXO No. 15

CERTIFICACION DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS

NORTE DE SANTANDER _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del juramento, declaro que los medicamentos entregados a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional - La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, no serán entregados con fechas de vencimiento inferiores a un año. Cuando técnicamente no sea posible cumplir esta condición, la fecha de vencimiento en ningún caso podrá ser inferior al 75% de la vida útil del medicamento entregado

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones
NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

ANEXO No. 16

Certificación de BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS

Emitida por el INVIMA

NORTE DE SANTANDER _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del juramento, declaro que el almacén (es) o la bodega central de medicamentos ofrecidos para la Contratación cumple (n) con los requisitos mínimos que enuncio a continuación:

- Medición de humedad y temperatura.
- Control de plagas
- Control red de frío
- Sección de controlados
- Zona de rechazados
- Manual de procedimientos operativos del almacenaje y distribución de medicamentos.
- La fecha de vencimiento de los medicamentos a suministrar no será inferior un año.
- Todas las normas exigidas por el Ministerio de Protección Social, Secretaria de Salud y demás autoridades sanitarias para este efecto.

Lo anterior podrá ser verificado por la Unidad Prestadora de Salud Norte De Santander en cualquier momento durante la ejecución del contrato

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones
NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado

ANEXO No. 17

CERTIFICACION DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CONSIDERADOS CASOS ESPECIALES

Norte De Santander _____

OFERENTE: _____

Declaro bajo la gravedad de juramento, que durante la vigencia del contrato y por necesidad expresa del contratante, realizare la distribución y suministro de medicamentos considerados casos especiales:

- Medicamentos no ofertados por el contratista en su oferta.
- Cambio de marcas por desabastecimiento del laboratorio o Reemplazos por Fármaco-vigilancia.
- Medicamentos no incluidos en el ANEXO FORMATO Y VALORACION DE LA OFERTA ECONOMICA

Garantizaré el suministro en el menor tiempo posible una vez se efectúe la comunicación por escrito al Contratista por parte del DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER.

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones
NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado

ANEXO No. 18

CERTIFICACION DE INVENTARIO MINIMO

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del juramento, declaro que los puntos de suministro cuentan con un stock mínimo de treinta (30) días para el suministro de medicamentos.

Lo anterior podrá ser verificado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No5- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER en cualquier momento durante la ejecución del contrato

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones
NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado

ANEXO No. 19

DECLARACIÓN DE PLAN DE GESTIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POS CONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad de juramento certifico que dispongo de un Plan de GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS siendo el instrumento de gestión de acuerdo a Resolución 0371 del 26 de Febrero de 2009 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial que contiene el conjunto de reglas, acciones, procedimientos y medios dispuestos para facilitar la devolución y acopio de productos pos consumo que al desecharse se convierten en residuos o desechos peligrosos, con el fin de que sean enviados a instalaciones en las que se sujetarán a procesos que permitirán su aprovechamiento y/o valorización, tratamiento y/o disposición final controlada.

Lo anterior podrá ser verificado por la UNIDAD en cualquier momento durante la ejecución del contrato

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones
NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado

ANEXO No. 20
COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES

Floridablanca,

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Transversal 154 No 24-147 el Bosque
Floridablanca

Ref.: Proceso de Mínima Cuantía **No.** _____, que tiene por objeto, el *"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE* ***OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEOREMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA*** *Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER"* El suscrito: _____ identificado con C.C. Nro. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma: _____ me comprometo a realizar con la adjudicación del presente proceso contractual buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final.

Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente, con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.

De igual manera me comprometo a:

- ✓ La aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.
- ✓ Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.
- ✓ Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.
- ✓ El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.
- ✓ Presentar al supervisor del contrato el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.
- ✓ Allegar copia de destinación final de los elementos al momento de radicación de la factura.

El proponente:

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

ANEXO No. 21
CERTIFICACION DE DISPONIBILIDAD DE UNA LÍNEA TELEFONICA

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad de juramento certifico que dispondré de una línea telefónica directa atendida por el coordinador del contrato desde el inicio del mismo y durante su vigencia, para que el supervisor del contrato tenga contacto permanente con el proveedor. La línea será atendida durante el horario que se proponga en el ANEXO CERTIFICACION CUBRIMIENTO DE LA TOTALIDAD DEL PUNTO DE SUMINISTRO OFERTADOS, DIAS DE ATENCION Y HORARIOS

Lo anterior podrá ser verificado por la UNIDAD en cualquier momento durante la ejecución del contrato

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones
NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

FORMULARIO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Norte de Santander, de 2025

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN RASES No. 5 MIC 002 2025**, cuyo objeto es el "el ***"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEOREMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER."***

Yo **(Nombre)(s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste(éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma**), de conformidad con lo establecido en el **(En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás)**, me permito presentar, en nombre de **(Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa)**, propuesta seria y formal para participar en el proceso Mínima Cuantía **PN RASES No. 5 MIC 002 2025**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5, cuyo objeto es **"**el *"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022, A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE* ***OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEOREMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA*** *Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER.*", en la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander- Regional de Aseguramiento No. 5.**"** conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

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

2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

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

5. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.

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

7. Que la presente propuesta consta de _____ ( ) folios.

8. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (**Dirección para notificaciones**): Teléfono(s): Fax Correo Electrónico:_____

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

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

11. El plazo de ejecución de la aceptación de oferta que se derive del presente proceso, se inicia a partir de la aprobación de la garantía única y hasta el vencimiento del plazo o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra.

12. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la misma.
13. Los valores de la oferta económica son presentados en la plataforma SECOP II.

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones
NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____
Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros _____

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

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

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____ Ciudad _____

Dirección _____Teléfono _____ Fax_____

Número de la cuenta _____
(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

El (los) suscrito(s) a saber: **(Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal proponente)** domiciliado en (**Domicilio de la persona firmante**), identificado con **(Documento de Identificación de la persona firmante. y lugar de expedición**), quien obra en calidad de (**Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal, o de la Asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, o Asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la Cámara de Comercio del domicilio de la persona jurídica**), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 adelanta un proceso de contratación de mínima cuantía.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de contratación de mínima cuantía aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución de la aceptación de oferta que pueda celebrarse como resultado de su propuesta

1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de contratación de mínima cuantía y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;
b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 durante el desarrollo de la aceptación de oferta que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de mínima cuantía.

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

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

El proponente:

_____

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

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

FORMULARIO No. 4
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Transversal 154 No 24-147 el Bosque
Floridablanca.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de MINIMA CUANTIA., Número **PN RASES No. 5 MIC 002 2025**_cuyo objeto es: el *"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 080 del 2022A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE **OCAÑA, ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEOREMA, CONVENCIÓN, RIO DE ORO, GONZÁLEZ, LA PLAYA** Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER"*

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

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

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

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

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

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

6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o

jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **contrato.**

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

ANEXO No. 22

Acuerdo Número 070 De 2019 (Agosto 2) "Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"

(VER ANEXO ARCHIVO)

ANEXO N° 23

(Plan de Servicios de Sanidad Policial - Acuerdo 002 CSSMP de 2001)

(VER ANEXO ARCHIVO EN EXCEL)

ANEXO N° 24

(Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP - Acuerdo 080 DEL 2022)

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

ANEXO N°. 25

(Resolución No. 057del 07/02/2014 Por la cual se reorganiza el CTC de la Dirección de Sanidad y la Resolución No. 438 del 28/11/2017 Por la cual de modifica parcialmente la Resolución No. 057 del 07/02/2014)

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

hoja 1 de 1	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	POLICIA NACIONAL
Código: 1DE-FR-0033		
Fecha: 13-08-2021	CERTIFICACIÓN PLAN DE ADQUISICIONES GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	
Versión: 3		

FECHA viernes, 24 de enero de 2025

CERTIFICADO No. 069- 25

UNIDAD QUE EJECUTA	UNIDAD QUE REQUIERE	UNIDAD DE AFECTACIÓN DEL GASTO	MES PROYECTADO COMPRA	CODIGO UNSPSC	RUBRO PRESUPUESTAL	DESAGREGACIÓN PRESUPUSETAL	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA)	APORTES DE LA NACIÓN R10		FONDOS ESPECIALES R16		OTRO RECURSO_____	
									CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL
RASES 5	UPRES DENOR	RASES 5	3		02-02-01-003-005-02		PROGRAMA O. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS - MEDICAMENTOS OCAÑA DENOR	26.775.000,00			1	26.775.000,0		26.775.000,00
Relación de Documentos que soportan ésta certificación y modificaciones								[redacted]						26.775.000,00
GS-2025-011227-DENOR														

No. SISCO	563044	DESAN-2025-111

VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN	$ 26.775.000,00

PS-07 CLAUDIA JOHANNA CASTRO JAIMES - ADMINISTRADOR PLAN DE COMPRAS RASES 5

CLAUDIA JOHANNA CASTRO JAIMES- JEFE OFICINA DE PLANEACION (E)

RECIBE:

Grado, Nombres y Apellidos SI. WILDER MOISES SANABRIA

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

Unidad UPRES DENOR

Cdp 25525 -

Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante

Usuario Solicitante:	MHjpachon	JOHN EDGARDO PACHON ROJAS
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-030	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5
Fecha y Hora Sistema:	3/02/2025 12:00:00 p. m.	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero.:	26625	Fecha Registro:	2025-02-03	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-030 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5		
Estado.:	Generado	Valor Inicial:	26.775.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00	Valor Actual:	26.775.000,00

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL
O30 ATENCION SALUD	A-02-02-01-003-005 OTROS PRODUCTOS QUÍMICOS; FIBRAS ARTIFICIALES (O FIBRAS INDUSTRIALES HECHAS POR EL HOMBRE)				
		Total:	26.775.000,00	0,00	26.775.000,00

Objeto:	MEDICAMENTOS OCAÑA

PACHON ROJAS JOHN EDGARDO

Firmado digitalmente por PACHON ROJAS JOHN EDGARDO
Fecha: 2025.02.03 18:16:50 -05'00'

Firma Responsable

GS-2025-1549-REGIS

Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHlmartinc	LILIANA MARIA MARTINEZ CARRENO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-030	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5
Fecha y Hora Sistema:	2025-02-04-2:11 p. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Numero:	25525	Fecha Registro:	2025-02-04	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-030 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado		Tipo:	Gasto		Uso Caja Menor	Ninguno
Valor Inicial:	26.775.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00		Valor Actual.:	26.775.000,00	Saldo x Comprometer:	26.775.000,00	Vr. Bloqueado 0,00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	26625	Fecha Registro:	2025-02-03	Número:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
O30 ATENCION SALUD	A-02-02-01-003-005 OTROS PRODUCTOS QUIMICOS; FIBRAS ARTIFICIALES (O FIBRAS INDUSTRIALES	Nación	16	SSF						
					Total:	26.775.000,00	0,00	26.775.000,00	26.775.000,00	0,00

Objeto:	PROCESO DE CONTRATACION SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS USUARIOS DENOR RESIDENTES EN OCAÑA CPAA 069-25 CPAA 069-25 SISCO 563044

CPS-4 LILIANA MARIA MARTINEZ CARREÑO
Jefe de Presupuesto