REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4

No. GS-2025 – **/ ARLOF – GRUCO – 17.2**

Santiago de Cali,

Señor:
ÁLVARO PARDO ROJAS
Representante Legal
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SU I.P.S. S.A.S
Dirección: CR 22 9 A 51 BRR RICAURTE
Teléfonos: 305 253 0582
Correo: gerencia@suipsdagua.com
Cali

Asunto: Aceptación Oferta Proceso **PN RASES4 MIC 110/2025**

Con toda atención me permito informarle que la propuesta presentada por usted, el día 24 de junio del 2025, dentro del proceso **PN RASES4 MIC 110/2025,** cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONSULTA MÉDICO GENERAL NIVEL I TOMA Y ESTUDIO DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS CONTEMPLADOS EN EL VADEMÉCUM PONAL".**

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
85101500	Servicios de Salud	Servicios integrales de salud	Centros de salud
85121800	Servicios de Salud	Práctica médica	Laboratorios médicos
85121900	Servicios de Salud	Practica Medica	Farmacéuticos

Que tiene como presupuesto oficial la suma de **VEINTICINCO MILLONES DE PESOS ($ 25.000.000)** amparados en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF N° **44225** del 09 de junio de 2025 expedido por el Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4. En consecuencia, y de conformidad con el Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, la Resolución No. 03049 de 2014 "Por la cual se adopta el manual de Contratación en la Policía Nacional" y la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional", **la oferta por usted presentada junto con el presente documento constituye para todos los efectos el contrato celebrado.** Para tal fin se relacionan los principales aspectos a tener en cuenta para el cumplimiento del objeto contractual, conforme a las condiciones fijadas en la invitación pública del proceso de referencia. Así:

CARTA DE ACEPTACION No.	**66-7-20109-25**
CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
NIT	805.022.186-6
ORDENADOR DEL GASTO	Teniente coronel **IVÁN DARÍO RUIZ VELASCO**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	80.203.937 expedida de Bogotá, Cundinamarca
CARGO	Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	**Orden interna N° 018 del 29 de enero de 2025 Y Resolución Nro. 00011 del 2 de enero de 2025** ***"Por la cual se delega en algunos funcionarios, la competencia para contratar, comprometer y ordenar el gasto, en desarrollo de***

	las apropiaciones incorporadas al presupuesto de la Policía Nacional y suscribir convenios y/o contratos interadministrativos" y Resolución 00364 del 12 de febrero 2025 "Por la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 00011 del 02 de enero de 2025
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	Resolución Nro. 00011 del 2 de enero de 2025 ***"Por la cual se delega en algunos funcionarios, la competencia para contratar, comprometer y ordenar el gasto, en desarrollo de las apropiaciones incorporadas al presupuesto de la Policía Nacional y suscribir convenios y/o contratos interadministrativos" y Resolución 00364 del 12 de febrero 2025 "Por la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 00011 del 02 de enero de 2025.***
CONTRATISTA	**NOMBRE:** INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SU I.P.S. S.A.S **NIT:** 805013193-1 **REPRESENTANTE LEGAL:** Álvaro Pardo Rojas **IDENTIDAD**: CC 79.340.017 de Bogotá D.C **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** DAGUA_ **DIRECCIÓN:** Cr 22 9 A 51 Brr Ricaurte **TELEFONO:** 3 0 5 2 5 3 0 5 8 2 **CORREO:** gerencia@suipsdagua.com
SUPERVISOR DEL CONTRATO	La supervisión del contrato estará a cargo del Jefe del Establecimiento de Sanidad Policial Primario Fátima o de quien el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No.4 designe, quien cumplirá sus funciones de conformidad con lo previsto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1993, en la Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante resolución 03049 de 2014 y las obligaciones contenidas en los artículos 82, 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011.
FORMA DE PAGO	El pago se realizará en moneda legal colombiana, en forma mensual, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio, junto con el recibido a satisfacción suscrito por el supervisor del contrato, con los documentos requeridos por la Dirección Administrativa y Financiera, de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC). Deben anexar a las facturas copia de los pagos de aportes en seguridad social y parafiscal, dando cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2.002. Toda la documentación de la facturación, así como los respectivos soportes, deben ir organizados y presentados de acuerdo a la actual ley 594 de 2.000: "por medio de la cual se dicta la ley general de archivos y se dictan otras disposiciones" (Ley general de archivos) y siguientes. La tesorería de la Regional de Aseguramiento en Salud No4, pagará el presente contrato dentro de los cuarenta y cinco (45) hábiles siguiente a la presentación de la Factura Comercial, en los horarios de 08:00 a 12:00 y de 14:00 a 18:00 horas. La facturación, así como los soportes e información anexa, deberá ser presentada en paquete dentro de los cinco (05) primeros días de cada mes. Documentos requeridos: a. Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de Ley. b. Recibido a satisfacción Técnico – Económico expedido por el supervisor del contrato. o La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias. La factura debe cumplir los requisitos de la Resolución 3047 de 2008. c. Anexar estadística de entrega mensual a los usuarios tanto en medio magnético (CD) como impresa con la siguiente información: optómetra solicitante, nombre del usuario, numero de carnet, fecha de solicitud, fecha de entrega del trabajo, montura suministrada (Código correspondiente de acuerdo a lo contratado), lente suministrado (tipo de lentes, características de acuerdo a lo contratado discriminando ojo derecho y ojo izquierdo), si tiene algún tipo de tratamiento ultravioleta, coloración, etc., precio por lente y montura de acuerdo a lo contratado y precio total. PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISION DEL RAS El Contratista deberá presentar las facturas al Supervisor del Contrato en los primeros tres (03) días hábiles del mes siguiente, quien tendrá un (01) día para

elaborar el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico, posteriormente el Contratista radica la factura con el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico RAS en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en salud No. 4, para iniciar el trámite de Auditoría de cuentas médicas y continuar con el trámite de pago respectivo.

PARAGRAFO 1. AUDITORIA DE CUENTAS
La facturación presentada estará sujeta a la Auditoria de cuentas, para lo cual el responsable de la Ventanilla Única – Central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No4, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico – económico, para que se realice la auditoria, la cual será expedida dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta, y será devuelto junto con los soportes a la central de cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo, esto enmarcado en la normatividad legal vigente, Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 y Ley 1438 de 2011.

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

- La facturación debe cumplir con lo establecido en la Ley de archivo – Ley 594 de 2000
- Relación general de pacientes atendidos, detallando el Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias. En caso de presentarse más de una factura dentro del mismo paquete, la entidad deberá señalar cada factura mediante un separador.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Si el Contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

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

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

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

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

Instructivo 013 completamente diligenciado grabado en CD o enviado al correo electrónico deval.rases-rip@policia.gov.co

No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	No. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	NOMBRE DIAGNOSTICO INGRESO	FECHA DE EGRESO DEL PACIENTE	NOMBRE DIAGNOSTICO EGRESO	VR. FACTURADO

NOTA: Se recuerda que la facturación que no cumpla con los anteriores requisitos no será recepcionada, igualmente la factura que se reciba en fecha extemporánea será radicada con la fecha del primer día hábil del siguiente mes.

La radicación de la facturación generada por la atención de los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca, se deberá presentar en la ventanilla de central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud N°4, ubicada en la avenida 10N No 16N-21 barrio granada, 3 piso en la ciudad de Cali, en horario administrativo.

CAUSALES DE NO PAGO

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

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

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

Bien o servicio para administración urgente o tutela, que este fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del equipo interdisciplinario de profesionales en salud DISAN -Dirección de Sanidad (El concepto de favorabilidad para estos casos

PARAGRAFO 2. TRAMITE DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas en las cuentas de cobro, estas se tramitaran de conformidad con los tiempos establecidos en el Artículo 57 de la ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARAGRAFO 3. CONCILIACION DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en el Artículo 57 de la ley 1438 del 19 de enero de 2011, en donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa de auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de retirarse la glosa se procederá a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, el cual se hará por escrito

PLATAFORMA SECOP II

El Oferente a quien se le adjudique el presente Proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que esta sea verificada por el supervisor del Contrato y poder realizar el respectivo Pago

	Los pagos se harán a la siguiente cuenta: NOMBRE BENEFICIARIO: SU IPS SAS ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DE BOGOTA TIPO DE CUENTA: CORRIENTE NUMERO DE CUENTA: 295025134
APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	El pago del presente contrato se encuentra financiado con cargo del plan de compras Nro. **156** de fecha 14 de abril del 2025 y el Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF II NACION** No. **44225** del 09 de junio de 2025, expedido por la líder de presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4.
VALOR CONTRATO	Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato asciende a la suma de **VEINTICINCO MILLONES DE PESOS ($ 25.000.000)** amparados en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF N° **44225** del 09 de junio de 2025 expedido por el Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4.
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	Las contempladas en el anexo No. 1
GARANTÍA ÚNICA, SANCIONES,	**GARANTÍA ÚNICA** - Con el objeto de garantizar el cumplimiento de sus obligaciones, el **CONTRATISTA** se compromete a suscribir a favor del **CONTRATANTE** a satisfacción del mismo, identificado con el NIT. **805.022.186**-6, Garantía Única, cuyo objeto será respaldar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que surjan del Contrato. Esta Garantía consistirá en una Póliza expedida por Compañía de Seguros o Entidad Bancaria legalmente establecida en Colombia, cuyas pólizas matrices se encuentran aprobadas por la Superintendencia Financiera, la cual deberá presentarse dentro de los tres (03) días hábiles, siguientes al retiro de la aceptación de la oferta (Contrato), la cual debe mantenerse vigente durante la vigencia del Contrato. Dicha Garantía debe cubrir los siguientes riesgos: **a) DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** Equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del Contrato, que cubra el termino igual a la vigencia del Contrato y dos (02) meses más, *En la Garantía de Cumplimiento debe quedar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, con la suficiencia mínima hasta la liquidación del contrato, de conformidad al Artículo 2.2.1.2.3.1.12. Decreto 1082 de 2015.* **b)** DE CALIDAD DEL SERVICIO: Equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor total del Contrato, que cubra el termino igual a la vigencia del Contrato y Un (1) año más, contados a partir de la fecha de recibido final de los estudios. **c) PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES:** Por el cinco por ciento (5%) del valor total del contrato, por un término igual a la vigencia del contrato y tres (3) años más. **d) DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL**: por 200 SMMLV, por un término igual a la vigencia del contrato. La póliza deberá contener como mínimo, en adición a la cobertura básica de predios, labores y operaciones los amparos contemplados en el artículo 2.2.1.2.3.2.9 del Decreto 1082 de 2015. En el evento en que por incumplimiento del contratista garantizado el asegurador resolviera continuar como cesionario, con la ejecución del contrato y la entidad estatal estuviere de acuerdo con ello, el contratista garantizado aceptará desde el momento de contratación de la póliza de cesión del contrato a favor del asegurador; adicionalmente se deberá expresar taxativamente el cubrimiento extensivo a los riesgos consecuenciales expuestos en la integridad del Numeral. **PARAGRAFO PRIMERO**– Cuando haya lugar a la modificación del plazo o valor consignado en el Contrato, el **CONTRATISTA** deberá ampliar o prorrogar la Garantía Única en los términos en que se le señale. Si se negare a hacerlo, se hará acreedor a las sanciones respectivas, y el **CONTRATANTE** dará por terminado el presente Contrato en el estado en que se encuentre, sin que por este hecho deba reconocer o pagar indemnización alguna. **PARÁGRAFO SEGUNDO** – EL **CONTRATANTE** aprobara o no la Garantía Única a más tardar el día hábil siguiente a la presentación por parte del **CONTRATISTA.** En el evento que la Garantía Única no sea aprobada, el **CONTRATISTA** deberá corregirla y ajustarla a lo pactado en el Contrato en un término no mayor a dos (02) días hábiles siguientes a su devolución. **PARÁGRAFO TERCERO:** *En la Póliza debe constar expresamente que se ampara el cumplimiento del Contrato, el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria convenida y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de excusión.*
MULTAS Y CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	**a) MULTAS.-** En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables a el **CONTRATISTA** – salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a

	las definiciones del artículo 1° de la Ley 95 de 1890 – las partes acuerdan que **EL CONTRATANTE,** mediante acto administrativo, afectara a **EL CONTRATISTA** con multas, siguiendo el procedimiento establecido en el Artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, en concordancia con lo establecido en la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014 *"Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional"* y con Audiencia de las partes, cuyo valor se liquidara con base del cero punto dos por ciento (0.2%) al cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor dejado de cumplir o entregar del contrato, por cada día de retardo, dependiendo de la gravedad del incumplimiento y hasta por quince (15) días calendario. En caso de incumplimiento no valorable en días, se impondrá una multa de hasta el cinco por ciento (5%) del valor del contrato, Esta sanción se impondrá conforme a la Ley y se reportará a la cámara de comercio competente de conformidad con lo previsto en el Artículo 6° de la Ley 1150 de 2007. **b). MULTA POR LA MORA EN LA CONSTITUCION DE LOS REQUISITOS DE EJECUCION Y LEGALIZACION:** Cuando el contratista no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de Garantía Única, en caso de existir, y/o alguno de los requisitos de legalización, EL **CONTRATANTE** podrá mediante acto administrativo afectar a **EL CONTRATISTA** con multa, cuyo valor se liquidara con base en un cero punto dos por ciento (0.2%) del valor del contrato, por cada día de retardo y hasta por diez (10) días. **c) PENAL PECUNIARIA** – En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, **EL CONTRATISTA** pagara a **EL CONTRATANTE,** a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato cuando se trate de incumplimiento total del contrato y proporcional al incumplimiento parcial del contrato que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el literal a) de la presente clausula. La imposición de esta pena pecuniaria se considera como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause a **EL CONTRATANTE**. No obstante, **EL CONTRATANTE** se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguro en las condiciones establecidas en el presente contrato. **PARAGRAFO PRIMERO:** El procedimiento para las multas y sanciones, se sujetará a lo previsto en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011: **a.** Evidenciando un posible incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, la entidad pública lo citará a audiencia para debatir lo ocurrido. En la citación, hará mención expresa y detallada de los hechos que la soportan, acompañando el informe de interventoría o de supervisión, según sea el caso, en el que se sustente la actuación y enunciara las normas o clausulas posiblemente violadas y las consecuencias que podrían derivarse para el contratista en desarrollo de la actuación. En la misma se establecerá el lugar, fecha y hora para la realización de la audiencia, la que podrá tener lugar a la mayor brevedad posible, atendida la naturaleza del contrato y la periodicidad establecida para el cumplimiento de las obligaciones contractuales. En el evento que la Garantía de cumplimiento consista en póliza de seguros, el garante será citado de la misma manera. **b.** En desarrollo de la audiencia, el jefe de la entidad o su delegado, presentara las circunstancias de hecho que motivan la actuación, enunciara las posibles normas o clausulas posiblemente violadas y las consecuencias que podrían derivarse para el contratista en desarrollo de la actuación. Acto seguido se concederá el uso de la palabra al representante legal del contratista o a quien lo represente, y al garante, para que presenten sus descargos, en desarrollo de lo cual podrá rendir las explicaciones del caso, aportar pruebas y controvertir las presentadas por la entidad. **c.** Hecho lo precedente, mediante resolución motivada en la que se consigne lo ocurrido en desarrollo de la audiencia y la cual se entenderá notificada en dicho acto público, la entidad procederá a decidir sobre la imposición o no de la multa, sanción o declaratoria de incumplimiento. Contra la decisión así proferida solo precede el recurso de reposición que se interpondrá, sustentará y decidirá en la misma audiencia. La decisión sobre el recurso se entenderá notificada en la misma audiencia. **d.** En cualquier momento del desarrollo de la audiencia, el jefe de la entidad o su delegado, podrá suspender la audiencia cuando de oficio o a petición de parte, ello resulte en su criterio necesario para allegar o practicar pruebas que estime conducentes y pertinentes, o cuando por cualquier otra razón debidamente sustentada, ello resulte necesario para el correcto desarrollo de la actuación administrativa. En todo caso el adoptar la decisión, se señalará fecha y hora para reanudar la audiencia. La entidad podrá dar por terminado el procedimiento en cualquier momento, si por algún medio tiene conocimiento de la cesación a que se refiere esta cláusula, el **CONTRATISTA** autoriza a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No4.,** para que se descuente de las sumas que se adeuden al contratista por parte de la **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD**

	NARIÑO, o de la Garantía Única o podrá exigirse por vía ejecutiva. Si dicho pago no se hubiere efectuado durante el término de duración del contrato, se tendrá en cuenta al momento de su liquidación. **PARAGRAFO. - APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen alguna de las sanciones antes descritas, el **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para su pago. Las multas no serán reintegrables aun en el supuesto que el **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del **CONTRATISTA** si los hubiere, o acudir a la jurisdicción coactiva.
INDEMNIDAD	**El CONTRATISTA** se obliga a mantener indemne a la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4,** de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones proveniente de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes.
FORMA Y PLAZO DE EJECUCIÓN	**FORMA DE EJECUCION** La ejecución del presente proceso se requiere bajo la modalidad **TRACTO SUCESIVO, con las** especificaciones, condiciones y con las garantías exigidas, por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 – Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca hasta agotar el presupuesto asignado al presente proceso; de acuerdo a los requerimientos de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 4,** según corresponda la necesidad de los servicios asistenciales, de acuerdo a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud en Colombia para la oportunidad en la atención. **LOS OFERENTES DEBEN CEÑIRSE AL VALOR ASIGNADO SIN SOBREPASAR EL PRESUPUESTO ESTABLECIDO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 EN EL PRESENTE PROCESO**
	PLAZO DE EJECUCION El plazo para la ejecución del contrato será a partir del perfeccionamiento del contrato a partir de la carta de inicio de ejecución del contrato, previa aprobación de la garantía única o de la firma del contrato, hasta el 31 de diciembre de 2025 o hasta agotar la totalidad del presupuesto asignado.
LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Los servicios serán prestados en las instalaciones de la entidad contratada la cual debe tener su sede en el municipio de Dagua.
MONEDA DEL CONTRATO	Pesos colombianos
VIGENCIA	La vigencia es igual a cuatro (4) meses adicionales al plazo del contrato.

De acuerdo a lo anterior, el comité evaluador y comité de adquisiciones, mediante Acta No. 111 del 8 de julio, se colocó a disposición el informe de evaluación y Acta 113 de 10 de julio del 2025 y en concordancia a lo estipulado en la Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Decreto 1082 de 2015 y la Resolución No. 03049 de 2014 "Por la cual se adopta el manual de Contratación en la Policía Nacional" y la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional", RECOMIENDA a la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud No.4, adjudicar el proceso **PN RASES4 MIC 110/2025** cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONSULTA MÉDICO GENERAL NIVEL I TOMA Y ESTUDIO DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS CONTEMPLADOS EN EL VADEMÉCUM PONAL".** A la entidad **INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SU IPS SAS**, identificada con el Nit 8 0 5 0 1 3 1 9 3 - 1, representada legalmente por **ALVARO PARDO ROJAS**, identificad con Cedula de Ciudadanía No. 79.340.017 expedida en Bogotá, por un valor total **VEINTICINCO MILLONES DE PESOS ($ 25.000.000 COP)** amparados en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF N° 44225 del 09 de junio de 2025

ANEXO No. 1
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Servicios Médicos Ambulatorios

ITEM	CUPS	SERVICIO
1	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL
2	890301	CONSULTA CONTROL POR MEDICINA GENERAL
3	890201	TELECONSULTA POR MEDICINA GENERAL
4	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA
5	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA
6	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA
7	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA
8	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA
9	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA

Servicios Odontológicos

ITEM	CUPS	SERVICIO
10	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL Incluye:ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACION DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLOGICA, PRESCRIPCION FARMACOLOGICA, ELABORACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO , REMISION AL ESPECIALISTA Excluye:PROCEDIMIENTOS QUIRURG
11	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL
12	890703	CONSULTA DE URGENCIAS (para solucion de problemas agudos dolorosos)
13	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR
14	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR
15	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA
16	232101-1	obturacion de superficie adicional en amalgama
17	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO
18	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO
19	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR
20	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES
21	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES
22	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS
23	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES
24	997106	Topicacion de Fluor en Barniz
25	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC
26	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA
27	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD

Servicios de Promoción y Prevención

ITEM	CUPS	SERVICIO
28	896100	AFINAMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL (MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL) cada toma
29	990211	ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA
30	990211	ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR
31	990211	CONSEJERIA PRE Y POST TEST DE VIH EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA

Procedimientos

ITEM	CUPS	SERVICIO
32	M39319	CAMBIO APOSITO O PROTECTOR OCULAR
33	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD
34	965202	CURACIÓN DE OIDO
35	389400	DISECCION VENOSA SOD
36	861101	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION
37	990211	EVALUACIÓN Y EXAMEN DE SENO
38	579401	INSERCIÓN DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD
39	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]
40	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD
41	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL
42	939402	NEBULIZACION (Tarifa por cada una)
43	862701	ONICECTOMÍA
44	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD
45	893812	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA
46	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD
47	S22104	SALA BÁSICA DE PROCEDIMIENTOS
48	S22101	SALA DE CURACIONES

Servicio de Pruebas Diagnosticas

ITEM	CUPS	SERVICIO
49	903105	ACIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO
50	90 3801	ACIDO URICO
51	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
52	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO
53	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
54	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 H
55	902004	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LUPICO]
56	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
57	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
58	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES
59	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL NEELSEN]
60	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
61	903811	CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRÍA
62	903873	CALCIO EN ORINA ESPONTANEA
63	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA
64	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
65	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
66	903813	CLORO [CLORURO]
67	903814	CLORUROS EN ORINA 24 horas
68	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

69	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO
70	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD AUTOMATIZADO
71	903818	COLESTEROL TOTAL
72	903420	COLINESTERASA SERICA
73	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
74	902201	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO
75	901206	COPROCULTIVO
76	907002	COPROLÓGICO
77	907004	COPROSCOPICO
78	903822	CREATINA
79	903823	CREATININA DEPURACIÓN
80	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
81	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
82	903825	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
83	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL
84	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES
85	906207	Dengue, ANTICUERPOS Ig G
86	906208	Dengue, ANTICUERPOS Ig M
87	906209	Dengue, ANTICUERPOS TOTALES
88	903828	DESHIDROGENASA LÁCTICA [LDH]
89	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA
90	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL
91	904503	ESTRADIOL
92	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECIÓN NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL
93	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]
94	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA, ESTUDIO DE MORFOLOGÍA
95	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL
96	903830	FOSFATASA ACIDA
97	903833	FOSFATASA ALCALINA
98	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
99	903836	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H
100	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA
101	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
102	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA
103	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL
104	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN
105	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO
106	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG]
107	902211	HEMATOCRITO
108	902212	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO Y FACTOR Rh
109	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO
110	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO
111	902213	HEMOGLOBINA
112	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES
113	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS,INDICES ERITROCITARIOS,LEUCOGRAMA,RECUENTO DE PLAQUETAS,INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO
114	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA
115	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M [ANTI HVA-M]
116	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
117	906221	HEPATITIS B Acs c TOTALES (anti -HBc) EIA
118	906222	HEPATITIS B Acs e (anti HBe) EIA
119	906223	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs) Inmunocromatografia
120	906220	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs)Inmunocromatografia
121	906317	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBS]
122	906318	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
123	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
124	A32013B	Hisopado Nasofaringeo para COVID-19
125	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES
126	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE [FSH]
127	904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]
128	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24H
129	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
130	903026	MICROALBUMINURIA POR EIA
131	903028	MICROALBUMINURIA POR RIA
132	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO
133	903856	NITROGENO UREICO [BUN]
134	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
135	906039	PR Sifilis Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
136	904510	PROGESTERONA
137	904108	PROLACTINA [BASAL]
138	906913	PROTEÍNA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION
139	906914	PROTEÍNA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA
140	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]
141	906916	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL
142	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
143	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS, METODO MANUAL
144	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO
145	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO
146	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA
147	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]
148	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS
149	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
150	904601	TESTOSTERONA LIBRE
151	904602	TESTOSTERONA TOTAL
152	902043	TIEMPO DE COAGULACIÓN
153	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]
154	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]
155	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]
156	904922	TIROXINA TOTAL [T4]

157	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO
158	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
159	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO
160	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
161	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
162	903868	TRIGLICERIDOS
163	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]
164	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]
165	907106	UROANALISIS
166	907107	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
167	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]
168	901236	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO]
169	901237	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC MANUAL]
170	906247	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G
171	906248	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig M
172	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS
173	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO (CON UNA A TRES DERIVACIONES)
174	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO
175	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL
176	S31309	Domicilio entrega de Medicamentos según Resolucion 521/2020
177	908711	Domicilio Toma de Muestras de Laboratorio Clinico

Medicamentos

ITEM	DESCRIPCIÓN ELEMENTO
178	ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA
179	ACETAMINOFEN + TRAMADOL TAB/CAP/GRAG/COMP (325+37)
180	ACETAMINOFEN 100MG GOT.
181	ACETAMINOFEN 150MG/ML JBE.
182	ACETAMINOFEN 500 MG TAB/CAP/GRAG/COMP
183	ACETILCISTEINA
184	ACETILCISTEINA 100MG GRANULADO
185	ACETILCISTEINA 600MG GRANULADO
186	ACICLOVIR 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP
187	ACICLOVIR DE 800 MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL
188	ACICLOVIR UNGÜENTO AL (TOPICA)
189	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP
190	ACIDO ASCORBICO FCO GOT.
191	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓNAMP Ó BOL5 ML
192	ALBENDAZOL
193	ALBENDAZOL 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP
194	ALENDRONATO SODICO TAB/CAP/GRAG/COMP
195	ALFAMETILDOPA 250 MG TAB/CAP/GRAG/COMP
196	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 300MG
197	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100MG
198	ALUMINIO ACETATO
199	ALUMINIO+MAGNESIO HIDROXIDO SUSP 200+200 MG
200	AMANTADINA 100MG TAB/CAP/GRAG/COMP
201	AMITRIPTILINA HCL 25MG TAB/CAP/GRAG/COMP
202	AMLODIPINO 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP
203	AMLODIPINO 10MG TAB/CAP/GRAG/COMP
204	AMOXICILINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP
205	AMOXICILINA+ACIDO CLAVULANICO-CAP (500+125)MG
206	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 100 ML
207	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 60 ML
208	AMPICILINA 500 MG TAB/CAP/GRAG/COMP
209	AMPICILINA ANHIDRA Ó TRIHIDRATOFCO 250MG/5ML
210	ASCORBICO ACIDO 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP
211	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG
212	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG
213	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG
214	AZATIOPRINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG
215	AZITROMICINA 500-600MG TAB/CAP/GRAG/COMP
216	AZITROMICINA SUSPENSION X 200 MG/5 ML
217	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 MCG AEROSOL ORAL
218	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL NASAL 50 MCG
219	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL ORAL 50MCG
220	BENCILO BENZOATOFCO 0.25
221	BETAHISTINA TABLETAS X 16 MG
222	BETAHISTINA TABLETAS X 8 MG
223	BETAME.0.4%+CLOTRIMA.1.0%+NEOMI.0.5% TUBO X
224	BETAMETASONA 0.0005 CREMA
225	BETAMETASONA 4MG/ML
226	BETAMETILDIGOXINA 0.1MG TAB/CAP/GRAG/COMP
227	BIPERIDENO TABLETAS 2 MG
228	BISACODILO TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG
229	BROMOCRIPTINA TABLETAS 2.5 MG
230	CALAMINA LOCION 8%
231	CALCIO CARBONATO TABLETAS 600MG
232	CALCIO CARBONATO+VITAMINA D TABLETAS (500-600MG +
233	CALCITRIOL 0.25 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP
234	CALCITRIOL 0.50 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP
235	CAPTOPRIL 25 MG TAB/CAP/GRAG/COMP
236	CAPTOPRIL 50 MG TAB/CAP/GRAG/COMP
237	CARBAMAZEPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG
238	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 180MG COL.
239	CARVEDILOL 6.25MG TAB/CAP/GRAG/COMP
240	CARVEDILOL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG
241	CEFALEXINA 500MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP
242	CEFALEXINA SUSPENSION 250 MG / 5 ML(5%)
243	CEFRADINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP
244	CEFTRIAXONA SÓDICA
245	CEFUROZIMA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG

246	CETIRIZINA
247	CETIRIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG
248	CETIRIZINA JARABE 1MG/ML
249	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12)-AMP/VIAL-1000MCG/ML
250	CIPROFLOXACINA COLIRIO 0.3% OTICA
251	CIPROFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG
252	CLORHEXIDINA DIACETATO ENJUAGUE ANTICEPTICO BUCAL (clarax)
253	CLORHEXIDINA DIACETATO TABLETAS MASTICABLES (clarax)
254	Clarax Enjuague Antiseptico Bucal SPRAY (clarax)
255	Clarax Gel Tubo x 30 gr
256	CLARITROMICINA X 100 MG TAB/CAP/GRAG/COMP
257	CLARITROMICINA X 250 MG /5ML POLVO PARA SUSPENSION
258	CLINDAMICINA CREMA VAGINAL AL 2%
259	CLINDAMICINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 300 MG
260	CLINDAMICINA-TAB VAG OVULOS-100 MG
261	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 10MG
262	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 20MG
263	CLOBETASOL PROPIONATO-CRE.-0.05%
264	CLONIDINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 0.150 MG
265	CLOPIDOGREL-TAB/CAP/GRAG/COMP-75MG
266	CLORANFENICOL TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG
267	CLORFENIRAMINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 4 MG
268	CLORFENIRAMINAFCO 2 MG / 5 ML
269	CLOROQUINA (DIFOSFATO Ó SULFATO)TAB Ó CAP250 MG DE
270	CLOTRIMAZOL CREMA TOPICA 1%
271	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL AL 1%
272	CLOTRIMAZOL OVULO Ó TAB VAGINAL AL 2%
273	CLOTRIMAZOLFCO 10 MG / ML (1%)
274	COLAGENASA 125MG/ML CRE.
275	COLCHICINA TAB 0.5 MG TAB/CAP/GRAG/COMP
276	COLESTIRAMINA ANHIDRA-POLV.-4G
277	COLISTINA+NEOMICINA+HIDROCORTISONA
278	COMPLEJO B TAB/CAP/GRAG/COMP
279	COMPLEJO B 100MG/10 ML
280	CORTICOIDE + LIDOCAINA CREMA RECTAL
281	CORTICOIDE + LIDOCAINA SUPOSITORIOS RECTALES
282	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA SOLUCION OFTALMICA
283	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA -UNG-1MG +(3500+600)
284	CROMOGLICATO DE SODIOFCO
285	CROTAMITON FCO10%
286	DESLORATADINA TAB/CAP/GRAG/COMP
287	DESLORATADINA-JBE.-0.5MG/ML
288	DESONIDA 0.05% CREMA
289	DEXAMETASONA AMP/VIAL AL 0.4%
290	DEXAMETASONA (ACETATO)DE BASE
291	DICLOFENACO + CODEINA 10MG TAB/CAP/COMP
292	DICLOFENACO 50 GEL
293	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAMUSCULAR AMPOLLA / VIAL
294	DICLOFENACO COLESTIRAMINA TAB/CAP/GRAG/COMP 75 MG
295	DICLOFENACO SÓDICOTAB50 MG
296	DICLOXACILINA CAP 500 MG
297	DICLOXACILINA 250MG/5ML SUSP.
298	DIFENHIDRAMINA FCO 12.5 MG / 5 ML
299	DIFENHIDRAMINACAP 50 MG
300	DIHIDROCODEINA BITARTRATOFCO2.
301	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 180 MG
302	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 60 MG
303	DIMENHIDRINATO 50MG S.M.N.F. TAB/CAP/GRAG/COMP
304	DIOSMINA + HESPERIDINA 450+50MG
305	DIPIRONA AMP 1 G/ML AMP 2 ML
306	DIPIRONA AMP 2 G/5 ML AMP 5 ML
307	DIPIRONA TAB/CAP/GRAG/COMP X 500 MG
308	DOXAZOCINA TAB/CAP/GRAG/COMP 4MG
309	DOXICICLINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG
310	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG
311	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG
312	ENZIMAS PANCREATICAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-25000 U.I.
313	ERGOTAMINA + CAFEINA TAB/CAP/COM (1+100)MG
314	ESOMEPRASOL 20MG TAB/CAP/GRAG/COMP
315	ESOMEPRASOL 40MG TAB/CAP/GRAG/COMP
316	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG
317	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG
318	ESTRÓGENOS CONJUGADOS 0.0625%
319	ESTROGENOS NATURAL CONJUG Ó ASOC 0.625 MG
320	ETINILESTRADIOL+LEVONORGESTREL (30+150)MC
321	FENITOINA SODICA 100MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL
322	FENOFIBRATO CAPSULAS X 200 MG
323	FITOBREMG CREMA TOPICA (TRITICUM VULGARE 15%)
324	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG
325	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG
326	FLUNARIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG
327	FLUNARIZINA 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP
328	FLUOXETINA 20 MG TAB/CAP/GRAG/COMP
329	FOLICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 1MG
330	FURAZOLIDONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG
331	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML
332	FUROSEMIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG
333	FUSIDICO ACIDO CREMA 2%
334	GASTACID SACHETS X 10 ML
335	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 600 MG
336	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 900 MG
337	GENTAMICINA AMP/VIAL 160 MG / 2 ML
338	GENTAMICINA AMP/VIAL 80 MG / 2 ML

339	GENTAMICINA CREMA 1MG/G
340	GENTAMICINA COLIRIO 3 MG / ML (0FTALMICA)
341	GINKGO BILOBA EXTRACTO TBL/COMP X 40 MG
342	GLIBENCLAMIDA TAB/COM/GRAG 5 MG
343	GLICERILO GUAYACOLATO JARABE AL 2%
344	GLICERINA CARBONATADA- GOTAS.-0*01 (1%)
345	HIDROCLOROTIAZIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG
346	HIDROCORTISONA (ACETATO) CREMA 1%
347	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO)FCO AMP100 MG
348	HIDROCORTISONA(ACETATO) SOL 0*5%
349	HIDROXICINA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG
350	HIDROXICINA JARABE 250MG/10ML (0.25 %)
351	HIERRO SULFATO JARABE 125MG/5ML
352	HIERRO SULFATO -TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG
353	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG AMP/VIAL
354	HIOSCINA BUTIL BROMURO TAB/GRA/COM 10 MG
355	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA AMP(20 +2.5/5ML)
356	IBUPROFENO SUSPENSION 100MG/5ML
357	IBUPROFENO TAB/GRAG/COMP 400 MG
358	IMIPRAMINA CLORHIDRATOTAB/CAP/GRAG/COMP10 MG
359	IMIPRAMINA HCL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG
360	INSULINA HUMANA N NPH 6MG AMP/VIAL
361	INSULINA ZINC CRISTALINAFCO -VIAL80 - 100 U.I. / M
362	IPRATROPIO BROMURO 20MG/ML AER.
363	ISOCONAZOL CREMA TOPICA X 20 G
364	ISOCONAZOL SOLUCION TOPICA 10MG/ML
365	ISOSORBIDE DINITRATO TAB SUBLINGUAL 5 MG
366	ISOSORBIDE DINITRATOTAB10 MG
367	IVERMECTINA SOLUCION ORAL 0.6%
368	KETOCONAZOL CREM. 2%
369	KETOCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG
370	KETOCONAZOL-CHAM.-0.02 NP
371	KETOPROFENO 100MG AMP/VIAL
372	KETOPROFENO 2.5% GEL
373	KETOPROFENO TAB/COM/GRA X 100 MG
374	KETOTIFENOFCO1 MG / 5 ML (0.02%)
375	LANSOPRAZOL 30MG TAB/CAP/GRAG/COMP
376	LATANOPROST 0.005%
377	LEVODOPA + CARBIDOPATAB100MG+25MG
378	LEVODOPA + CARBIDOPATAB250 MG + 25 MG
379	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MCG
380	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TABLETAS 100 MCG
381	LIDOCAINA HCL (CLORHIDRATO) JALEA 2%
382	LITIO CARBONATO-TAB/CAP/GRAG/COMP-300MG
383	LOPERAMIDA(CLORHIDRATO) TABLETA 2 MG
384	LORATADINA JARABE 1MG/ML (0.1%)
385	LORATADINA TAB/COM/GRA 10 MG
386	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 100 MG
387	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 50 MG
388	LOVASTATINATAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG
389	MEBENDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG
390	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) AMP/VIAL 50MG/ML
391	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) TABLETA 5 MG
392	Medroxiprogesterona + Estradiol 25/5 AMP
393	MELOXICAM-TAB/CAP/GRAG/COMP-7.5MG
394	METFORMINA TBL/COM/GRAG 850 MG
395	METIMAZOL TAB/COM/GRA 5 MG
396	METOCARBAMOL TAB/GRAG/COMP 750 MG
397	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) GOTAS 4 MG/ML (0*4%)
398	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 10MG/2 ML
399	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) TAB/COM 10 MG
400	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 100 MG
401	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 50 MG
402	METOTREXATO SÓDICO TAB/CAP/GRAG/COMP 2.5 MG DE BASE
403	METRONIDAZOL OVULO/TABLETA VAGINAL 500 MG
404	METRONIDAZOL SUSPENSION 250MG/5ML
405	METRONIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG
406	METRONIDAZOL/NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES (500/100
407	MIRTAZAPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 30MG
408	MONTELUKAST-TAB/CAP/GRAG/COMP-5MG
409	MULTIVITAMINAS+MINERALES TAB/CAP/COMP (S.M.N.F)
410	Mupirocina Crema al 2% tubo
411	NAPROXENO SUSPENSION 125MG/5ML
412	NAPROXENO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG
413	NIFEDIPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG (HTA)
414	NIFEDIPINA(LIB. CONTROLADA) CAP/COMP 30 MG (HTA)
415	NIMODIPINO TAB/CAP/GRAG/COMP Ó CAP30 MG
416	NISTATINA CREMA 100.000 U.I./G
417	NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES 100.000 U.I.
418	NISTATINA SUSPENSION 100.000 U.I./ML
419	NITAZOXANIDA-SUSP.-2G
420	NITAZOXANIDA-TAB/CAP/GRAG/COMP-500MG
421	NITROFURANTOINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG
422	NORFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 400 MG
423	OMEPRAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG
424	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0*5 MG/ML (0*05%)
425	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0.25MG/ML (0.025%)
426	PARCHE OCULAR ADULTO
427	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 1.200.000 U.I.
428	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 2.400.000 U.I.
429	PENTOXIFILINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG
430	PIRANTEL/OXANTEL-SUSP.-(250/250)MG/5ML
431	PIROXICAM GEL X 30 G

432	PIROXICAM TAB/CAP/GRAG/COMP X 20 MG
433	PLATA SULFADIACINA CREMA 1%
434	PODOFILINA LOCION 20 %
435	PRAZOCIN-TAB/CAP/GRAG/COMP-1MG
436	PREDNISOLONA TAB/GRAG/COMP 5 MG
437	PREDNISOLONA + FENILEFRINA FCO GOT 1 % + 0.12 %
438	PREDNISOLONA-SUSP.-OFTALMICA(1%/5ML)
439	PREDNISOLONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-50MG
440	PRESERVATIVO "CONDON"
441	PRIMAQUINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-15MG
442	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB40 MG
443	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB80 MG
444	QUINAPRIL-TAB/CAP/GRAG/COMP-20MG
445	RETINOICO ACIDO CREMA 0.05%
446	RISPERIDONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-3MG
447	ROSUVASTATINA 40 MG
448	SALBUTAMOL (SULFATO)FCO2 MG / 5 ML (0.04%)
449	SALBUTAMOL(SULFATO) AEROSOL 100 MCG/INHALACIÓN
450	SALES DE REHIDRATACION ORL SOBRE FÓRMULA OMS
451	SALES DE REHIDRATACION ORL-FCO-
452	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG
453	SERTRALINA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG
454	SUCRALFATE TAB/CAP/GRAG/COMP 1 G
455	SULFATO DE ZINC SUSP FCO 120ML
456	SULFATO DE ZINC TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG
457	TEOFILINA ELIXIR 80 MG/15 ML
458	TEOFILINA LIBERACION LENTA TAB/CAP/COMP 300 MG
459	TERAZOSIN TAB/CAP/GRAG/COMP 5MG
460	TERBINAFINA 1% CREMA TOPICA TUB20G
461	TERBINAFINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-250MG
462	TETRACICLINA(CLORHIDRATO) CAP/COM/TAB 500 MG
463	TIAMINA (VITAMINA B1) AMP/VIAL 100 MG/ML
464	TIAMINA (VITAMINA B1) CAP/TBL/COM 300 MG
465	TIMOLOL MALEATO COLIRIO 5 MG/ML (0.5%)
466	TINIDAZOL TAB/GRAG/COMP 500 MG
467	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-2MG
468	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-4MG
469	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA-COL.-0*03
470	TRAMADOL (CLORHIDRATO) SOLUCION ORAL 100 MG/ML(10%)
471	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 100 MG/ML
472	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 50 MG/ML
473	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG
474	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG
475	TRIMEBUTINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG
476	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL SUSP (40+200)MG 120ML
477	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL TAB/COMP (160+800)MG
478	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL(F) SUSP (80MG/400)MG
479	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 80 + 400) MG
480	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOLFCO(40+200) 60ML
481	UREA-CREMA.-(10-40)%
482	VALPROICO ACIDO JARABE 250 MG/5 ML
483	VALPROICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG
484	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-160MG
485	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG
486	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB 240MG
487	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB120 MG
488	VERAPAMILO RETARD-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG
489	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 100.000 U.I.
490	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 50.000 U.I.
491	VITAMINA B12 AMP 1ML/1MG 1ML
492	VITAMINA D3 TAB/CAP/GRAG/COMP 0.25MCG
493	VITAMINA E CAPSULA 400 UI
494	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 10MG/ML
495	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 1MG/ML
496	WARFARINA(SÓDICA) TAB/COM/GRAG 5 MG
497	YODOPOVIDONA SOLUCION BUCOFARINGEOX 120 ML
498	YODOPOVIDONAFCO10%
499	ZINC + MULTIVITAMINAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-S.M.N.F.
500	ZINC OXIDO+NISTATINA CREMA TOPICA 5%+100.000 U.I
501	ZINC+MULTIVITAMINAS-GRANULADO-S.M.N.F

Insumos

ITEM	DESCRIPCIÓN ELEMENTO
502	Jeringa x 10 cc
503	Jeringa x 5 cc
504	Jeringa x 3 cc
505	Especulo SENCILLO
506	Especulo KIT
507	Bistury # 10 y # 11
508	BATAS DESECHABLES
509	Mascara de NEBULIZAR Pediatrico
510	Mascara de NEBULIZAR Adulto
511	GUANTES ESTERILES
512	GUANTES DESECHABLES (PAR)
513	GASAS ESTERILES
514	RECOLECTOR DE ORINA
515	SUERO FISIOLOGICO (BOLSA)
516	Aguja Vacutainer ADULTO
517	Aguja Vacutainer PEDIATRICO
518	RECOLECTOR DE COPROLOGICO
519	SONDA VESICAL Foley 18
520	SONDA VESICAL Foley 20
521	SONDA VESICAL Foley 16
522	CISTOFLO

OTRAS CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITABLES DE CUMPLIMIENTO

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO
1	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de consulta externa en horarios comprendidos entre el lunes al sábado, así: de lunes a viernes entre las 07:00 a las 18:00 horas y los días sábados de 08:00 a 12:00 horas.
2	El servicio deberá prestarse previa autorización del supervisor del contrato o con el facilitador del ESP Dagua previa (ODP), o de la manera en que la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA lo estime.
3	La entidad deberá contemplar buenas prácticas ambientales, es decir sus procesos serán amigables con el medio ambiente.
4	El oferente deberá prestar sus servicios ofertados, en el municipio de DAGUA, Departamento del Valle del Cauca, donde se cuenta con un E.S.P.
5	El contratista deberá contar con formato formula seriada para la prescripción de medicamentos ambulatorios
6	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de DISPENSACION DE MEDICAMENTOS en horarios comprendidos entre el lunes a sábado, así: de lunes a viernes entre las 07:00 a las 18:00 horas y los días sábados de 08:00 a 12:00 horas.
7	Dispensar medicamentos en denominación genérica
8	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de laboratorio, citología cervical y electrocardiograma en horarios comprendidos entre 07:00 a 18:00 horas y los sábados de 08:00 a 12:00M
9	**Capacidad operativa:** Se requiere que la entidad a contratar cuente con áreas físicas, capacidad de Instalaciones, equipos, logística, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que deban ser verificados, previamente por el comité técnico nombrado para evaluar el proceso
10	Según corresponda, el oferente y futuro contratista deberá cumplir las obligaciones fijadas por los distribuidores y comercializadores en la **Resolución** número **0371 de 2009**, por la cual se establecen los elementos que deben ser considerados en los Planes de Gestión de Devolución de Productos Posconsumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos.4 mar. 2009 expedida por el Ministerio de Ambiente, o aquella norma que la modifique, adicione o sustituya, presentando la aprobación ante la autoridad ambiental competente del Sistema de Recolección Selectiva y Gestión Ambiental de Fármacos o Medicamentos Vencidos que posea o este participando y enviar a la respectiva unidad policial, los lineamientos y procedimientos para su participación como consumidores, la cual mediante comunicado suscrito por el representante legal indique cumplir con dichas obligaciones.
12	**NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO** Con el fin de garantizar la excelente prestación del servicio se requiere personal Técnico, Profesional y/o Especializado encargado de prestar los servicios, el proponente deberá certificar que este personal cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia relacionado con el objeto del presente contrato; el personal deberá acreditar estudios, profesionales o especializados en instituciones de educación aprobadas en Colombia, en cada una de las áreas de la salud objeto del contrato a suscribir.
13	**EXPERIENCIA EN TIEMPO DEL MERCADO** El Oferente deberá acreditar como mínimo un año de experiencia en el mercado y sus servicios deberán estar habilitados ante la Secretaria Departamental de Salud, de acuerdo a la Resolución 003100 de 2019
14	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** **El proponente deberá certificar que el personal vinculado y que desarrollará los diferentes procesos** relacionados con el objeto del contrato, cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia de mínimo un año en la práctica de los mismos.
15	**Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio** Se requiere que el oferente acredite experiencia en actividades iguales o similares con el objeto del presente proceso. La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del proceso y a su valor; para lo cual presentará **hasta tres (3) certificaciones (certificación por contrato) de contratos ejecutados o en ejecución con empresas públicas o privadas, nacionales o extranjeras.** La certificación debe contener la experiencia de forma directa e individual o a través de la participación en proponentes plurales, cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea mayor o igual (>) que 50% del presupuesto oficial asignado en el proceso. Las certificaciones deben contener la siguiente información: Nombres y teléfonos del contratante Objeto del contrato Número del contrato Valor del contrato Plazo de ejecución del contrato Fechas de inicio y finalización. Nombre del contratista Persona de contacto para la verificación Teléfono, celular, dirección Email.

	Las certificaciones deberán ser debidamente suscritas por el representante legal o persona natural autorizada para realizarla por parte de la entidad contratante; no se aceptarán auto-certificaciones, ni copia de contratos suscritos. • **Nota:** Si son contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 tomará para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, y luego se sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los
	El oferente deberá certificar por escrito que se compromete a informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre con un cincuenta por ciento 50%, setenta por ciento 70%. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. De igual manera deberá informar por escrito cuando el contrato se haya ejecutado en un ciento por ciento 100%, de inmediato el contratista debe suspender el suministro, pues la Regional de Aseguramiento en Salud N°4 no reconocerá ningún servicio prestado y/o elemento entregado. Igualmente informar MENSUALMENTE al Supervisor del contrato, el estado de ejecución del contrato y el saldo a favor de Policía Nacional, igualmente, designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten, para lo cual diligenciarán la siguiente información: ✓ Nombres y apellidos: ✓ Cargo: ✓ Número telefónico: ✓ Correo electrónico:

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES VERIFICABLES

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

ITEM	DESCRIPCIÓN
1	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"
2	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

ANEXO No. 3
OFERTA ECONOMICA

GRUPO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE (%) UNICO DE DESCUENTO OFRECIDO SOBRE LA TARIFA TECHO ESTIMADA
GRUPO 1	PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA MÉDICO GENERAL NIVEL I TOMA Y ESTUDIO DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS CONTEMPLADOS EN EL VADEMÉCUM PONAL	0%
GRUPO 2	PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA Y TERAPIA FISICA	0%

Concepto	Criterio de evaluación / Precio techo	Porcentaje de descuento a ofertar, IVA incluido
Medicamentos e Insumos	Promedio de mercado más 12% del valor de adquisición como precio techo.	0%

Servicios Médicos Ambulatorios

ITEM	DESCRIPCIÓN ELEMENTO	CUPS	VALOR FINAL
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	890201	$ 27.840
2	CONSULTA CONTROL POR MEDICINA GENERAL	890301	$ 27.840
3	TELECONSULTA POR MEDICINA GENERAL	890201	$ 27.840
4	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	890205	$ 17.880
5	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	890305	$ 16.920
6	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	890208	$ 20.160
7	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	890308	$ 20.160
8	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	943102	$ 17.220
9	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	944002	$ 22.740

Servicios Odontológicos

ITEM	DESCRIPCIÓN ELEMENTO	CUPS	VALOR FINAL
10	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL Incluye:ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACION DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLOGICA, PRESCRIPCION FARMACOLOGICA, ELABORACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO , REMISION AL ESPECIALISTA Excluye:PROCEDIMIENTOS QUIRURG	890203	$ 19.020
11	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	890303	$ 19.020
12	CONSULTA DE URGENCIAS (para solucion de problemas agudos dolorosos)	890703	$ 20.700
13	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	230102	$ 20.700
14	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	230202	$ 9.960
15	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	232101	$ 19.500
16	obturacion de superficie adicional en amalgama	232101-1	$ 9.960
17	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	232102	$ 33.600
18	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	232103	$ 24.840
19	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	237305	$ 32.700
20	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	870451	$ 8.580
21	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	870452	$ 8.580
22	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	870453	$ 8.580
23	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	870454	$ 8.580
24	Topicacion de Fluor en Barniz	997106	$ 19.020
25	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	997310	$ 13.020
26	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	997105	$ 9.960
27	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	997301	$ 77.280

Servicios de Promoción y Prevención

ITEM	DESCRIPCIÓN ELEMENTO	CUP	VALOR FINAL
28	AFINAMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL (MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL) cada toma	896100	$ 9.300
29	ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA	990211	$ 8.580
30	ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR	990211	$ 8.580
31	CONSEJERIA PRE Y POST TEST DE VIH EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	990211	$ 8.580

Procedimientos

ITEM	DESCRIPCIÓN ELEMENTO	CUP	VALOR FINAL
32	CAMBIO APÓSITO O PROTECTOR OCULAR	M39319	$ 3.480
33	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	869500	$ 41.760
34	CURACIÓN DE OIDO	965202	$ 31.320
35	DISECCION VENOSA SOD	389400	$ 44.340
36	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	861101	$ 50.580
37	EVALUACIÓN Y EXAMEN DE SENO	990211	$ 8.580
38	INSERCIÓN DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	579401	$ 24.180
39	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	697101	$ 44.520
40	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD	965201	$ 19.500
41	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	950601	$ 8.580
42	NEBULIZACION (Tarifa por cada una)	939402	$ 11.640
43	ONICECTOMÍA	862701	$ 52.920
44	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	579501	$ 24.180
45	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	893812	$ 27.840
46	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	869400	$ 29.000
47	SALA BÁSICA DE PROCEDIMIENTOS	S22104	$ 15.780
48	SALA DE CURACIONES	S22101	16500

Servicio de Pruebas Diagnosticas

ÍTEM	DESCRIPCIÓN ELEMENTO	CUPS	VALOR FINAL
49	ACIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	903105	$ 49.440
50	ACIDO URICO	903801	$ 13.020
51	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903801	$ 13.020
52	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	905201	$ 48.720
53	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903803	$ 7.860
54	AMILASA EN ORINA DE 24 H	903806	$ 15.120
55	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LÚPICO]	902004	$ 49.200
56	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	906610	$ 120.180
57	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	906304	$ 31.320
58	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	907001	$ 8.580
59	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL NEELSEN]	901101	$ 12.300
60	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	903809	$ 18.600
61	CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRÍA	903811	$ 13.920
62	CALCIO EN ORINA ESPONTANEA	903873	$ 13.920
63	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	906802	$ 26.640
64	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	906205	$ 51.480
65	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	906206	$ 51.480
66	CLORO [CLORURO]	903813	$ 8.820
67	CLORUROS EN ORINA 24 horas	903814	$ 8.820
68	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	903815	$ 19.500
69	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO	903816	$ 22.980
70	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD AUTOMATIZADO	903817	$ 22.980
71	COLESTEROL TOTAL	903818	$ 23.640
72	COLINESTERASA SERICA	903420	$ 28.020
73	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	901107	$ 9.960
74	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO	902201	$ 14.400
75	COPROCULTIVO	901206	$ 61.440
76	COPROLÓGICO	907002	$ 7.680
77	COPROSCOPICO	907004	$ 30.120
78	CREATINA	903822	$ 14.580
79	CREATININA DEPURACIÓN	903823	$ 17.880
80	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	903824	$ 11.160
81	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903895	$ 11.160
82	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	903825	$ 11.160
83	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	901213	$ 27.360
84	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	901217	$ 45.420
85	Dengue, ANTICUERPOS Ig G	906207	$ 24.360
86	Dengue, ANTICUERPOS Ig M	906208	$ 24.360
87	Dengue, ANTICUERPOS TOTALES	906209	$ 27.840
88	DESHIDROGENASA LÁCTICA [LDH]	903828	$ 13.740
89	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	902205	$ 4.380
90	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	902204	$ 4.380
91	ESTRADIOL	904503	$ 63.540
92	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECIÓN NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	901304	$ 41.280
93	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	901305	$ 11.160
94	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA, ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	902206	$ 6.960
95	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	906911	$ 12.720
96	FOSFATASA ACIDA	903830	$ 16.500
97	FOSFATASA ALCALINA	903833	$ 14.100
98	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903835	$ 15.540
99	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H	903836	$ 15.540
100	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	903844	$ 53.400
101	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	903841	$ 11.640
102	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	903842	$ 29.460
103	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	903843	$ 29.460
104	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	903845	$ 29.460
105	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	904508	$ 37.560
106	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG]	906625	$ 42.480
107	HEMATOCRITO	902211	$ 3.480
108	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO Y FACTOR Rh	902212	$ 24.540
109	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	911018	$ 10.260
110	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO	911016	$ 18.300
111	HEMOGLOBINA	902213	$ 7.140
112	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES	903426	$ 42.480
113	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS,INDICES ERITROCITARIOS,LEUCOGRAMA,RECUENTO DE PLAQUETAS,INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	902210	$ 19.260
114	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	902214	$ 9.960
115	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M [ANTI HVA-M]	906218	$ 68.400
116	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	906219	$ 83.700
117	HEPATITIS B Acs c TOTALES (anti -HBc) EIA	906221	$ 66.600
118	HEPATITIS B Acs e (anti HBe) EIA	906222	$ 83.700
119	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs) Inmunocromatografia	906223	$ 83.700
120	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs)Inmunocromatografia	906220	$ 83.700
121	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBS]	906317	$ 83.700
122	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	906318	$ 83.700
123	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	906225	$ 94.140

124	Hisopado Nasofaringeo para COVID-19	A32013B	$ 111.360
125	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	904902	$ 61.020
126	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE [FSH]	904105	$ 70.800
127	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]	904107	$ 80.940
128	MAGNESIO EN ORINA DE 24H	903855	$ 17.880
129	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903854	$ 17.880
130	MICROALBUMINURIA POR EIA	903026	$ 35.280
131	MICROALBUMINURIA POR RIA	903028	$ 35.280
132	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	901230	$ 55.680
133	NITROGENO UREICO [BUN]	903856	$ 9.240
134	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903859	$ 27.660
135	PR Sífilis Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	906039	$ 76.740
136	PROGESTERONA	904510	$ 65.220
137	PROLACTINA [BASAL]	904108	$ 62.820
138	PROTEÍNA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION	906913	$ 39.180
139	PROTEÍNA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA	906914	$ 11.640
140	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	902217	$ 12.300
141	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	906916	$ 12.300
142	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	902220	$ 7.860
143	RECUENTO DE PLAQUETAS, METODO MANUAL	902221	$ 7.860
144	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	906241	$ 64.020
145	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	906243	$ 67.320
146	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA	907009	$ 20.880
147	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	907008	$ 5.760
148	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	903865	$ 22.740
149	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903864	$ 22.740
150	TESTOSTERONA LIBRE	904601	$ 66.600
151	TESTOSTERONA TOTAL	904602	$ 61.020
152	TIEMPO DE COAGULACIÓN	902043	$ 11.340
153	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	902045	$ 28.020
154	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	902049	$ 27.360
155	TIROXINA LIBRE [T4L]	904921	$ 46.440
156	TIROXINA TOTAL [T4]	904922	$ 45.720
157	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	906127	$ 70.800
158	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	906128	$ 70.800
159	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	906129	$ 70.800
160	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	903867	$ 20.160
161	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	903866	$ 20.160
162	TRIGLICERIDOS	903868	$ 13.020
163	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]	904924	$ 45.420
164	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]	904925	$ 45.420
165	UROANALISIS	907106	$ 12.300
166	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	907107	$ 12.300
167	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	901235	$ 21.360
168	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO]	901236	$ 50.820
169	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC MANUAL]	901237	$ 50.820
170	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G	906247	$ 36.660
171	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig M	906248	$ 36.660
172	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	906249	$ 66.600
173	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO (CON UNA A TRES DERIVACIONES)	895100	$ 44.100
174	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	892901	$ 8.100
175	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL	898001	$ 22.260
176	Domicilio entrega de Medicamentos según Resolucion 521/2020	S31309	$ 17.400
177	Domicilio Toma de Muestras de Laboratorio Clinico	908711	$ 46.400

Medicamentos

ITEM	DESCRIPCIÓN ELEMENTO	VALOR FINAL
178	ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	$ 490
179	ACETAMINOFEN + TRAMADOL TAB/CAP/GRAG/COMP (325+37)	$ 440
180	ACETAMINOFEN 100MG GOT.	$ 3.000
181	ACETAMINOFEN 150MG/ML JBE.	$ 3.500
182	ACETAMINOFEN 500 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 80
183	ACETILCISTEINA	$ 5.700
184	ACETILCISTEINA 100MG GRANULADO	$ 990
185	ACETILCISTEINA 600MG GRANULADO	$ 1.930
186	ACICLOVIR 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 370
187	ACICLOVIR DE 800 MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	$ 800
188	ACICLOVIR UNGÜENTO AL (TOPICA)	$ 3.250
189	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 70
190	ACIDO ASCORBICO FCO GOT.	$ 3.500
191	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓNAMP Ó BOL5 ML	$ 1.050
192	ALBENDAZOL	$ 2.500
193	ALBENDAZOL 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 400
194	ALENDRONATO SODICO TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 350
195	ALFAMETILDOPA 250 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 360
196	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 300MG	$ 450
197	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100MG	$ 150
198	ALUMINIO ACETATO	$ 3.700
199	ALUMINIO+MAGNESIO HIDROXIDO SUSP 200+200 MG	$ 6.500
200	AMANTADINA 100MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 1.350
201	AMITRIPTILINA HCL 25MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 90
202	AMLODIPINO 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 70

203	AMLODIPINO 10MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 70
204	AMOXICILINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 310
205	AMOXICILINA+ACIDO CLAVULANICO-CAP (500+125)MG	$ 1.700
206	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 100 ML	$ 4.500
207	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 60 ML	$ 3.000
208	AMPICILINA 500 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 300
209	AMPICILINA ANHIDRA Ó TRIHIDRATOFCO 250MG/5ML	$ 3.500
210	ASCORBICO ACIDO 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 250
211	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	$ 95
212	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	$ 120
213	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG	$ 270
214	AZATIOPRINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	$ 1.035
215	AZITROMICINA 500-600MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 900
216	AZITROMICINA SUSPENSION X 200 MG/5 ML	$ 5.500
217	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 MCG AEROSOL ORAL	$ 8.300
218	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL NASAL 50 MCG	$ 12.500
219	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL ORAL 50MCG	$ 10.800
220	BENCILO BENZOATOFCO 0.25	$ 6.200
221	BETAHISTINA TABLETAS X 16 MG	$ 440
222	BETAHISTINA TABLETAS X 8 MG	$ 385
223	BETAME.0.4%+CLOTRIMA.1.0%+NEOMI.0.5% TUBO X	$ 5.200
224	BETAMETASONA 0.0005 CREMA	$ 2.800
225	BETAMETASONA 4MG/ML	$ 1.000
226	BETAMETILDIGOXINA 0.1MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 500
227	BIPERIDENO TABLETAS 2 MG	$ 283
228	BISACODILO TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG	$ 70
229	BROMOCRIPTINA TABLETAS 2.5 MG	$ 900
230	CALAMINA LOCION 8%	$ 3.500
231	CALCIO CARBONATO TABLETAS 600MG	$ 160
232	CALCIO CARBONATO+VITAMINA D TABLETAS (500-600MG +	$ 200
233	CALCITRIOL 0.25 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 180
234	CALCITRIOL 0.50 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 170
235	CAPTOPRIL 25 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 89
236	CAPTOPRIL 50 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 87
237	CARBAMAZEPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	$ 230
238	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 180MG COL.	$ 12.000
239	CARVEDILOL 6.25MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 150
240	CARVEDILOL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	$ 310
241	CEFALEXINA 500MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 800
242	CEFALEXINA SUSPENSION 250 MG / 5 ML(5%)	$ 4.800
243	CEFRADINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 460
244	CEFTRIAXONA SÓDICA	$ 2.350
245	CEFUROZIMA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	$ 12.000
246	CETIRIZINA	$ 5.250
247	CETIRIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	$ 90
248	CETIRIZINA JARABE 1MG/ML	$ 6.350
249	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12)-AMP/VIAL-1000MCG/ML	$ 1.300
250	CIPROFLOXACINA COLIRIO 0.3% OTICA	$ 23.200
251	CIPROFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	$ 220
252	CLORHEXIDINA DIACETATO ENJUAGUE ANTICEPTICO BUCAL (clarax)	$ 28.000
253	CLORHEXIDINA DIACETATO TABLETAS MASTICABLES (clarax)	$ 1.100
254	Clarax Enjuague Antiseptico Bucal SPRAY (clarax)	$ 29.000
255	Clarax Gel Tubo x 30 gr	$ 18.700
256	CLARITROMICINA X 100 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 1.500
257	CLARITROMICINA X 250 MG /5ML POLVO PARA SUSPENSION	$ 7.950
258	CLINDAMICINA CREMA VAGINAL AL 2%	$ 14.400
259	CLINDAMICINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 300 MG	$ 1.500
260	CLINDAMICINA-TAB VAG OVULOS-100 MG	$ 5.645
261	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 10MG	$ 430
262	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 20MG	$ 510
263	CLOBETASOL PROPIONATO-CRE.-0.05%	$ 10.700
264	CLONIDINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 0.150 MG	$ 100
265	CLOPIDOGREL-TAB/CAP/GRAG/COMP-75MG	$ 350
266	CLORANFENICOL TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	$ 350
267	CLORFENIRAMINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 4 MG	$ 50
268	CLORFENIRAMINAFCO 2 MG / 5 ML	$ 2.500
269	CLOROQUINA (DIFOSFATO Ó SULFATO)TAB Ó CAP250 MG DE	$ 257
270	CLOTRIMAZOL CREMA TOPICA 1%	$ 2.500
271	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL AL 1%	$ 3.600
272	CLOTRIMAZOL OVULO Ó TAB VAGINAL AL 2%	$ 210
273	CLOTRIMAZOLFCO 10 MG / ML (1%)	$ 2.300
274	COLAGENASA 125MG/ML CRE.	$ 21.000
275	COLCHICINA TAB 0.5 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 95
276	COLESTIRAMINA ANHIDRA-POLV.-4G	$ 1.200
277	COLISTINA+NEOMICINA+HIDROCORTISONA	$ 7.000
278	COMPLEJO B TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 84
279	COMPLEJO B 100MG/10 ML	$ 5.300
280	CORTICOIDE + LIDOCAINA CREMA RECTAL	$ 13.700
281	CORTICOIDE + LIDOCAINA SUPOSITORIOS RECTALES	$ 5.200
282	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA SOLUCION OFTALMICA	$ 8.700
283	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA -UNG-1MG +(3500+600)	$ 8.900
284	CROMOGLICATO DE SODIOFCO	$ 5.500
285	CROTAMITON FCO10%	$ 7.800
286	DESLORATADINA TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 270
287	DESLORATADINA-JBE.-0.5MG/ML	$ 4.800
288	DESONIDA 0.05% CREMA	$ 6.200
289	DEXAMETASONA AMP/VIAL AL 0.4%	$ 600

290	DEXAMETASONA (ACETATO)DE BASE	$ 600
291	DICLOFENACO + CODEINA 10MG TAB/CAP/COMP	$ 3.950
292	DICLOFENACO 50 GEL	$ 3.900
293	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAMUSCULAR AMPOLLA / VIAL	$ 800
294	DICLOFENACO COLESTIRAMINA TAB/CAP/GRAG/COMP 75 MG	$ 2.800
295	DICLOFENACO SÓDICOTAB50 MG	$ 570
296	DICLOXACILINA CAP 500 MG	$ 370
297	DICLOXACILINA 250MG/5ML SUSP.	$ 3.950
298	DIFENHIDRAMINA FCO 12.5 MG / 5 ML	$ 2.500
299	DIFENHIDRAMINACAP 50 MG	$ 165
300	DIHIDROCODEINA BITARTRATOFCO2.	$ 3.700
301	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 180 MG	$ 690
302	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 60 MG	$ 160
303	DIMENHIDRINATO 50MG S.M.N.F. TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 103
304	DIOSMINA + HESPERIDINA 450+50MG	$ 340
305	DIPIRONA AMP 1 G/ML AMP 2 ML	$ 500
306	DIPIRONA AMP 2 G/5 ML AMP 5 ML	$ 1.700
307	DIPIRONA TAB/CAP/GRAG/COMP X 500 MG	$ 160
308	DOXAZOCINA TAB/CAP/GRAG/COMP 4MG	$ 570
309	DOXICICLINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	$ 210
310	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	$ 100
311	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG	$ 100
312	ENZIMAS PANCREATICAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-25000 U.I.	$ 2.300
313	ERGOTAMINA + CAFEINA TAB/CAP/COM (1+100)MG	$ 600
314	ESOMEPRASOL 20MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 150
315	ESOMEPRASOL 40MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 160
316	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	$ 560
317	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	$ 170
318	ESTRÓGENOS CONJUGADOS 0.0625%	$ 39.000
319	ESTROGENOS NATURAL CONJUG Ó ASOC 0.625 MG	$ 870
320	ETINILESTRADIOL+LEVONORGESTREL (30+150)MC	$ 140
321	FENITOINA SODICA 100MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	$ 360
322	FENOFIBRATO CAPSULAS X 200 MG	$ 660
323	FITOBREMG CREMA TOPICA (TRITICUM VULGARE 15%)	$ 25.300
324	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	$ 280
325	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	$ 8.100
326	FLUNARIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	$ 80
327	FLUNARIZINA 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 230
328	FLUOXETINA 20 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 60
329	FOLICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 1MG	$ 100
330	FURAZOLIDONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	$ 900
331	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML	$ 350
332	FUROSEMIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG	$ 60
333	FUSIDICO ACIDO CREMA 2%	$ 6.000
334	GASTACID SACHETS X 10 ML	$ 2.750
335	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 600 MG	$ 280
336	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 900 MG	$ 900
337	GENTAMICINA AMP/VIAL 160 MG / 2 ML	$ 1.800
338	GENTAMICINA AMP/VIAL 80 MG / 2 ML	$ 700
339	GENTAMICINA CREMA 1MG/G	$ 4.300
340	GENTAMICINA COLIRIO 3 MG / ML (0FTALMICA)	$ 3.600
341	GINKGO BILOBA EXTRACTO TBL/COMP X 40 MG	$ 500
342	GLIBENCLAMIDA TAB/COM/GRAG 5 MG	$ 43
343	GLICERILO GUAYACOLATO JARABE AL 2%	$ 3.700
344	GLICERINA CARBONATADA- GOTAS.-0*01 (1%)	$ 6.000
345	HIDROCLOROTIAZIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	$ 50
346	HIDROCORTISONA (ACETATO) CREMA 1%	$ 2.700
347	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO)FCO AMP100 MG	$ 3.900
348	HIDROCORTISONA(ACETATO) SOL 0*5%	$ 9.600
349	HIDROXICINA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	$ 150
350	HIDROXICINA JARABE 250MG/10ML (0.25 %)	$ 5.300
351	HIERRO SULFATO JARABE 125MG/5ML	$ 1.800
352	HIERRO SULFATO -TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	$ 150
353	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG AMP/VIAL	$ 1.700
354	HIOSCINA BUTIL BROMURO TAB/GRA/COM 10 MG	$ 280
355	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA AMP(20 +2.5/5ML)	$ 2.300
356	IBUPROFENO SUSPENSION 100MG/5ML	$ 3.500
357	IBUPROFENO TAB/GRAG/COMP 400 MG	$ 150
358	IMIPRAMINA CLORHIDRATOTAB/CAP/GRAG/COMP10 MG	$ 500
359	IMIPRAMINA HCL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	$ 100
360	INSULINA HUMANA N NPH 6MG AMP/VIAL	$ 17.000
361	INSULINA ZINC CRISTALINAFCO -VIAL80 - 100 U.I. / M	$ 13.500
362	IPRATROPIO BROMURO 20MG/ML AER.	$ 9.900
363	ISOCONAZOL CREMA TOPICA X 20 G	$ 5.050
364	ISOCONAZOL SOLUCION TOPICA 10MG/ML	$ 6.500
365	ISOSORBIDE DINITRATO TAB SUBLINGUAL 5 MG	$ 1.500
366	ISOSORBIDE DINITRATOTAB10 MG	$ 100
367	IVERMECTINA SOLUCION ORAL 0.6%	$ 7.500
368	KETOCONAZOL CREM. 2%	$ 3.000
369	KETOCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	$ 210
370	KETOCONAZOL-CHAM.-0.02 NP	$ 15.000
371	KETOPROFENO 100MG AMP/VIAL	$ 1.750
372	KETOPROFENO 2.5% GEL.	$ 6.900
373	KETOPROFENO TAB/COM/GRA X 100 MG	$ 350
374	KETOTIFENOFCO1 MG / 5 ML (0.02%)	$ 2.900
375	LANSOPRAZOL 30MG TAB/CAP/GRAG/COMP	$ 300
376	LATANOPROST 0.005%	$ 17.000

377	LEVODOPA + CARBIDOPATAB100MG+25MG	$ 750
378	LEVODOPA + CARBIDOPATAB250 MG + 25 MG	$ 750
379	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MCG	$ 60
380	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TABLETAS 100 MCG	$ 70
381	LIDOCAINA HCL (CLORHIDRATO) JALEA 2%	$ 11.300
382	LITIO CARBONATO-TAB/CAP/GRAG/COMP-300MG	$ 600
383	LOPERAMIDA(CLORHIDRATO) TABLETA 2 MG	$ 70
384	LORATADINA JARABE 1MG/ML (0.1%)	$ 2.800
385	LORATADINA TAB/COM/GRA 10 MG	$ 50
386	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 100 MG	$ 160
387	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 50 MG	$ 80
388	LOVASTATINATAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	$ 50
389	MEBENDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	$ 140
390	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) AMP/VIAL 50MG/ML	$ 14.000
391	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) TABLETA 5 MG	$ 490
392	Medroxiprogesterona + Estradiol 25/5 AMP	$ 12.100
393	MELOXICAM-TAB/CAP/GRAG/COMP-7.5MG	$ 150
394	METFORMINA TBL/COM/GRAG 850 MG	$ 150
395	METIMAZOL TAB/COM/GRA 5 MG	$ 180
396	METOCARBAMOL TAB/GRAG/COMP 750 MG	$ 200
397	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) GOTAS 4 MG/ML (0*4%)	$ 3.200
398	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 10MG/2 ML	$ 300
399	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) TAB/COM 10 MG	$ 65
400	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 100 MG	$ 155
401	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 50 MG	$ 55
402	METOTREXATO SÓDICO TAB/CAP/GRAG/COMP 2.5 MG DE BASE	$ 650
403	METRONIDAZOL OVULO/TABLETA VAGINAL 500 MG	$ 290
404	METRONIDAZOL SUSPENSION 250MG/5ML	$ 3.500
405	METRONIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	$ 150
406	METRONIDAZOL/NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES (500/100	$ 1.050
407	MIRTAZAPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 30MG	$ 330
408	MONTELUKAST-TAB/CAP/GRAG/COMP-5MG	$ 300
409	MULTIVITAMINAS+MINERALES TAB/CAP/COMP (S.M.N.F)	$ 210
410	Mupirocina Crema al 2% tubo	$ 20.000
411	NAPROXENO SUSPENSION 125MG/5ML	$ 3.500
412	NAPROXENO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	$ 150
413	NIFEDIPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG (HTA)	$ 150
414	NIFEDIPINA(LIB. CONTROLADA) CAP/COMP 30 MG (HTA)	$ 230
415	NIMODIPINO TAB/CAP/GRAG/COMP O CAP30 MG	$ 100
416	NISTATINA CREMA 100.000 U.I./G	$ 1.400
417	NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES 100.000 U.I.	$ 1.350
418	NISTATINA SUSPENSION 100.000 U.I./ML	$ 5.000
419	NITAZOXANIDA-SUSP.-2G	$ 7.400
420	NITAZOXANIDA-TAB/CAP/GRAG/COMP-500MG	$ 990
421	NITROFURANTOINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	$ 250
422	NORFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 400 MG	$ 290
423	OMEPRAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	$ 90
424	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0*5 MG/ML (0*05%)	$ 9.000
425	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0.25MG/ML (0.025%)	$ 9.000
426	PARCHE OCULAR ADULTO	$ 700
427	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 1.200.000 U.I.	$ 2.300
428	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 2.400.000 U.I.	$ 3.550
429	PENTOXIFILINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG	$ 750
430	PIRANTEL/OXANTEL-SUSP.-(250/250)MG/5ML	$ 2.550
431	PIROXICAM GEL X 30 G	$ 2.000
432	PIROXICAM TAB/CAP/GRAG/COMP X 20 MG	$ 290
433	PLATA SULFADIACINA CREMA 1%	$ 4.200
434	PODOFILINA LOCION 20 %	$ 9.550
435	PRAZOCIN-TAB/CAP/GRAG/COMP-1MG	$ 80
436	PREDNISOLONA TAB/GRAG/COMP 5 MG	$ 500
437	PREDNISOLONA + FENILEFRINA FCO GOT 1 % + 0.12 %	$ 7.100
438	PREDNISOLONA-SUSP.-OFTALMICA(1%/5ML)	$ 6.550
439	PREDNISOLONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-50MG	$ 1.100
440	PRESERVATIVO "CONDON"	$ 400
441	PRIMAQUINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-15MG	$ 360
442	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB40 MG	$ 90
443	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB80 MG	$ 140
444	QUINAPRIL-TAB/CAP/GRAG/COMP-20MG	$ 1.300
445	RETINOICO ACIDO CREMA 0.05%	$ 10.800
446	RISPERIDONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-3MG	$ 600
447	ROSUVASTATINA 40 MG	$ 550
448	SALBUTAMOL (SULFATO)FCO2 MG / 5 ML (0.04%)	$ 2.500
449	SALBUTAMOL(SULFATO) AEROSOL 100 MCG/INHALACIÓN	$ 9.900
450	SALES DE REHIDRATACION ORL SOBRE FÓRMULA OMS	$ 850
451	SALES DE REHIDRATACION ORL-FCO-	$ 10.550
452	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	$ 1.050
453	SERTRALINA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	$ 200
454	SUCRALFATE TAB/CAP/GRAG/COMP 1 G	$ 430
455	SULFATO DE ZINC SUSP FCO 120ML	$ 6.500
456	SULFATO DE ZINC TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	$ 430
457	TEOFILINA ELIXIR 80 MG/15 ML	$ 5.800
458	TEOFILINA LIBERACION LENTA TAB/CAP/COMP 300 MG	$ 280
459	TERAZOSIN TAB/CAP/GRAG/COMP 5MG	$ 480
460	TERBINAFINA 1% CREMA TOPICA TUB20G	$ 7.990
461	TERBINAFINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-250MG	$ 6.400
462	TETRACICLINA(CLORHIDRATO) CAP/COM/TAB 500 MG	$ 295
463	TIAMINA (VITAMINA B1) AMP/VIAL 100 MG/ML	$ 7.050

464	TIAMINA (VITAMINA B1) CAP/TBL/COM 300 MG	$ 210
465	TIMOLOL MALEATO COLIRIO 5 MG/ML (0.5%)	$ 3.300
466	TINIDAZOL TAB/GRAG/COMP 500 MG	$ 230
467	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-2MG	$ 1.050
468	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-4MG	$ 650
469	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA-COL.-0"03	$ 4.900
470	TRAMADOL (CLORHIDRATO) SOLUCION ORAL 100 MG/ML(10%)	$ 2.950
471	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 100 MG/ML	$ 650
472	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 50 MG/ML	$ 600
473	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	$ 630
474	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	$ 150
475	TRIMEBUTINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	$ 300
476	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL SUSP (40+200)MG 120ML	$ 2.550
477	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL TAB/COMP (160+800)MG	$ 230
478	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL(F) SUSP (80MG/400)MG	$ 4.800
479	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 80 + 400) MG	$ 130
480	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOLFCO(40+200) 60ML	$ 2.100
481	UREA-CREMA.-(10-40)%	$ 25.000
482	VALPROICO ACIDO JAREBE 250 MG/5 ML	$ 5.300
483	VALPROICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	$ 230
484	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-160MG	$ 675
485	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	$ 330
486	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB 240MG	$ 6.500
487	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB120 MG	$ 200
488	VERAPAMILO RETARD-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	$ 180
489	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 100.000 U.I.	$ 190
490	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 50.000 U.I.	$ 150
491	VITAMINA B12 AMP 1ML/1MG 1ML	$ 1.300
492	VITAMINA D3 TAB/CAP/GRAG/COMP 0.25MCG	$ 850
493	VITAMINA E CAPSULA 400 UI	$ 4.300
494	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 10MG/ML	$ 850
495	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 1MG/ML	$ 630
496	WARFARINA(SÓDICA) TAB/COM/GRAG 5 MG	$ 230
497	YODOPOVIDONA SOLUCION BUCOFARINGEOX 120 ML	$ 3.400
498	YODOPOVIDONAFCO10%	$ 3.300
499	ZINC + MULTIVITAMINAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-S.M.N.F.	$ 220
500	ZINC OXIDO+NISTATINA CREMA TOPICA 5%+100.000 U.I	$ 6.300
501	ZINC+MULTIVITAMINAS-GRANULADO-S.M.N.F	20200

Insumos

ITEM	DESCRIPCIÓN ELEMENTO	VALOR FINAL
502	Jeringa x 10 cc	$ 600
503	Jeringa x 5 cc	$ 600
504	Jeringa x 3 cc	$ 600
505	Especulo SENCILLO	$ 3.600
506	Especulo KIT	$ 4.800
507	Bistury # 10 y # 11	$ 600
508	BATAS DESECHABLES	$ 11.500
509	Mascara de NEBULIZAR Pediatrico	$ 7.000
510	Mascara de NEBULIZAR Adulto	$ 7.000
511	GUANTES ESTERILES	$ 1.800
512	GUANTES DESECHABLES (PAR)	$ 600
513	GASAS ESTERILES	$ 850
514	RECOLECTOR DE ORINA	$ 650
515	SUERO FISIOLOGICO (BOLSA)	$ 4.900
516	Aguja Vacutainer ADULTO	$ 850
517	Aguja Vacutainer PEDIATRICO	$ 850
518	RECOLECTOR DE COPROLOGICO	$ 650
519	SONDA VESICAL Foley 18	$ 6.000
520	SONDA VESICAL Foley 20	$ 6.000
521	SONDA VESICAL Foley 16	$ 6.000
522	CISTOFLO	14500

PRESUPUESTO OFICIAL: El valor total estimado del presente proceso de contratación corresponde **VEINTICINCO MILLONES DE PESOS ($ 25.000.000 COP)** amparados en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF N° **44225** del 09 de junio de 2025 expedido por el Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4.

FORMATO DE FACTURACIÓN POR CONTRATO

RELACION DE FACTURAS DE EL CONTRATISTA _____. NIT _____. PARA PAGO POR CONTRATO No._____ DE _____.

No. RADICACION _____DE FECHA ____DE _____ DE 2023. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y SUS SOPORTES SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION SOLICITADA Y LOS VALORES CORRESPONDEN A LOS ESTIPULADOS EN EL CONTRATO.

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO
				TOTAL		0,00

ANEXO No. 4
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual,
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas,
3. Responder los requerimientos de aclaración o de información en los plazos que LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 le formule en cada caso,
4. 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 esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago,
5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 -UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO TIPO B dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelar los pagos a que hubiere lugar, Así mismo el CONTRATISTA deberá cargar las garantías en el SECOP II
6. 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,
7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Jefatura de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, a la Unidad Prestadora de Salud Nariño TIPO B y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias,
8. 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
9. El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional,
10. El contratista deberá establecer canales de acceso y comunicación, que garanticen la oportunidad en el agendamiento y la atención de los usuarios,
11. El contratista se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato o del resorte administrativo a través del supervisor o Coordinador de contrato,
12. Garantizar la prestación de los servicios con equipos Biomédicos y Material Médico adecuados para la atención del usuario,
13. La Entidad CONTRATISTA deberá haber realizado la declaratoria de requisitos esenciales, actas de compromiso, condiciones sanitarias y cumplimiento, acordadas con el ente territorial de salud respectivo, tener implementado su sistema de garantía de calidad y un sistema de información gerencial y bioestadística acorde con las exigencias definidas por el Ministerio de Protección Social,
14. El contratista debe cumplir con el Decreto 1011 de 03-Abr-06, en las resoluciones 1043 (Habilitación) y 1445 (Estándares de Calidad)
15. El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios, Esta línea telefónica será de manejo por parte de los auditores y personal de Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO,
16. Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los DIEZ (10) días CALENDARIO del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la UNIDDA PRESTADORA DE SALUD NARIÑOI TIPO B, En esta Facturación debe aparecer el No de Contrato vigente al que se carga la cuenta y dando cumplimiento a la ley 594 del 14 de julio de 2000 "Ley General de Archivo",
17. 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,
18. El CONTRATISTA se compromete a cumplir con el programa de Gestión de Residuos Hospitalarios – Decreto 2676 de 2000, decreto 4147 de 2005 que trata de Gestión de residuos químicos, Decreto 400 de 2009 que trata programa de reciclaje, protección radiológica, protocolos de protección radiológica (medición trabajadores, ambientales)

19. El CONTRATISTA se compromete a cargar la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II,
20. El oferente se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor de contrato y ordenador del Gasto asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso, Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-0006 REPORTE DE INCIDENTE Y EVENTOS ADVERSOS, que se adjunta en la presente invitación,
21. EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REPORTAR DENTRO DE LOS SIGUIENTES CINCO DIAS A SU OCURRENCIA, EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES PRESENTADOS EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CON SU RESPECTIVO ANÁLISIS E IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA: AL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y ORDENADOR DEL GASTO, ASUMIENDO LOS COSTOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD DERIVADOS DEL EVENTO ADVERSO.
22. El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, se obliga a cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma, Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 053 del 01 de diciembre de 2020 expedida por el MINHACIENDA, I Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No, 000042 del 5 de mayo de 2020..."

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. Presentar 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 perdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.
2. Presentar Declaración de compromiso de cumplimiento en donde se especifique que durante el contrato se cumplirán las disposiciones legales y reglamentarias referentes a higiene y seguridad ocupacional.
3. Presentar certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentren afiliados al Sistema de Seguridad Social.
4. En el caso que ocurriera un accidente de trabajo dentro de las instalaciones de la unidad presentar informe de los reportes de accidentes de trabajo realizados por la ARL durante el plazo de ejecución del contrato.
5. Presentar constancia que los colaboradores vinculados para la ejecución de las actividades contractuales cuenten con la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.
6. Presentar informe de capacitación realizada a los trabajadores, donde se evidencie la realización de inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades Identificadas y donde se evidencie la firma del o los trabajadores/es.

SEGURIDAD DE LA INFORMACION

1. Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.
2. **Cláusula de Confidencialidad**: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.
3. **Cumplimiento de normatividad**: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

ANEXO No. 7
OBLIGACIONES DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 - POLICÍA NACIONAL** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

3. 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.

4. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA**, cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.

5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la POLICÍA NACIONAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

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

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

8. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

9. Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales.

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

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

LA POLICÍA NACIONAL

Teniente Coronel **IVÁN DARÍO RUIZ VELASCO**
80.203.937 expedida de Bogotá, Cundinamarca
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 4

FUNCIONARIO	DEPENDENCIA	NOMBRE	FIRMA
ELABORADO POR	ARLOF GRUCO	PT. DIANA CHAVEZ FERNANDEZ	
REVISADO PARA FIRMA POR	ARLOF GRUCO	SI. HUGO ARBOLEDA DAZA	
REVISADO PARA FIRMA POR	JEFE ARLOF	MY. GEOVANNY ALBERTO FRANCO SANCHEZ	
REVISADO PARA FIRMA POR	ASJUR RASES	CPS. SULY AIDE CORTES GRAJALES	
LOS ARRIBA FIRMANTES DECLARAMOS QUE HEMOS REVISADO EL DOCUMENTO Y LO ENCONTRAMOS AJUSTADO A LAS NORMAS Y DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES Y POR LO TANTO, BAJO NUESTRA RESPONSABILIDAD, LO PRESENTAMOS PARA LA FIRMA DEL O LA JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 4 DE LA POLICIA NACIONAL.			

Avenida 10N 16N-21 Barrio Granada
Deval.rases-lic@policia.gov.co
www.policia.gov.co