

4.18 MINUTA CONTRACTUAL

No DE CONTRATO	**20260303-Lote 1**
CONTRATO	**CONTRATO DE SUMINISTRO**
CONTRATANTE	E.S.E HOSPITAL SAN SIMON VICTORIA - CALDAS
NIT CONTRATANTE	890.802.628-6
CONTRATISTA	CALDAS MEDICAS S.A.S.
NIT CONTRATISTA	890.806.147 – 3
OBJETO	**CONTRATAR UNA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE ESTE EN LA CAPACIDAD TECNICA Y FINANCIERA DE SUMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS QUE REQUIERA EL HOSPITAL SAN SIMON. LOTE 1**
VALOR	$ 150.000.000
INICIO	04 de marzo de 2026.
FINALIZACION	31 de diciembre de 2026.

MARILU HERNÁNDEZ MÉNDEZ, mayor de edad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.389.602, obrando en representación de la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMÓN DE VICTORIA - CALDAS, con NIT 890.802.628-6, nombrada mediante decreto número 530 de 2025 y debidamente posesionada como gerente de la E.S.E. (en adelante la "Entidad") ó en lo sucesivo se denominará **EL HOSPITAL O CONTRATANTE** y debidamente autorizada, para la celebración del presente Contrato, por una parte y por otra CALDAS MEDICAS S.A.S., NIT 890.806.147 – 3, en cabeza de FEDERICO VALENCIA TORO, como REPRESENTANTE LEGAL DE CALDAS MEDICAS S.A.S., Tel: 885 91 34, Dirección: Carrera 24 No 47 – 74, **DEBIDAMENTE INSCRITA ANTE LA CÁMARA DE COMERCIO** quien en el presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente Contrato de **SUMINISTRO**, previas las siguientes consideraciones: **1- ANTECEDENTES PREVIOS A LA CONTRATACIÓN:a)-** Que la Empresa Social del Estado en cumplimiento de lo previsto en el artículo 195 numeral 6 de la ley 100 de 1993, expidió mediante acuerdo de Junta Directiva, el correspondiente manual de contratación según el acuerdo 037 de 2014; 2**)-** Que así mismo, el Manual de Contratación de la entidad, consagra dentro de la contratación, la modalidad de Contrato por convocatoria pública, con el fin de satisfacer las necesidades y requerimientos de la Entidad; por lo que la entidad procedió a la elaboración el respectivo estudio de conveniencia y oportunidad que evidencia la necesidad de realizar una contratación externa; 3**)-** Que ***LA E.S.E, HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMON DEL MUNICIPIO DE VICTORIA, TIENE HABILITADO EL SERVICIO FARMACEUTICO Y TIENE CONTRATADO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CON LAS DIFERENTES EPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO QUE CUENTAN CON AFILIADOS EN EL MUNICIPIO DE VICTORIA, POR LO CUAL PARA GARANTIZAR EL SUMINISTRO DE LOS MISMOS A LOS AFILIADOS EN LAS EPS, POR ENDE DEBE CONTAR CON LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS A NIVEL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO, PERMITIENDO EL FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE FORMA ADECUADA, OPORTUNA, EFICIENTE Y EFICAZ.*** ***4*****)-** Que para los efectos pertinentes de esta contratación, **LA ESE HOSPITAL** cuenta con el respectivo Certificado de Disponibilidad Presupuestal; 5**)-** Que los anteriores documentos y certificaciones justifican y dan validez a la contratación que contiene este



instrumento, el cual se regirá por las siguientes conforme el proceso de convocatoria publica No. CP-003-2026: **2- CLÁUSULAS ESPECIALES: PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA** se compromete para con **LA ESE HOSPITAL SAN SIMON** de VICTORIA a todo costo, **A SUMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS QUE REQUIERA EL HOSPITAL SAN SIMON.PARÁGRAFO:** de acuerdo a los precios contenidos en la propuesta presentada por el contratista y los cuales se relacionan así: ***SEGÚN PROPUESTA***.

PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
ABACAVIR 20MG/ML SOL ORAL	*FRASCO X 240 ML*	*$ 87.100*
ABACAVIR 300 MG TABS EPS	*CAJA X 60 TABLETAS*	*$ 1.812*
ACETAM+CODE I 325/30 TABS EPS(NODOL FORT)	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 362*
ACETAMINOFEN 1% INFUSION x 100 ML	*BOLSA*	*$ 18.722*
ACETAMINOFEN 500 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 82*
ACETAMINOFEN GOTAS	*FRASCO X 30 ML*	*$ 3.316*
ACETAMINOFEN JARABE	*FRASCO X 60 ML*	*$ 2.802*
ACETAZOLAMIDA 250 MG TABS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 1.039*
ACETILCISTEINA 300 MG AMP EPS(FLUIMUCIL)	*CAJA X 5 AMPOLLAS*	*$ 8.313*
ACICLOVIR 200 MG TABS EPS	*CAJA X 240 TABLETAS*	*$ 260*
ACICLOVIR 5% CREMA x 15 GMS EPS(ACTIVIRAL)	*TUBO*	*$ 4.278*
ACIDO ACETILSA 100 MG TABS EPS	*CAJA X 900 TABLETAS*	*$ 47*
ACIDO FOLICO 1 MG TABS EPS	*CAJA X 600 TABLETAS*	*$ 43*
ACIDO RETINOICO 0.5% CREMA	*POTE X 30 GRAMOS*	*$ 23.440*
ACIDO RETINOICO 0.5% LOCION	*FRASCO X 60 ML*	*$ 23.738*
ACIDO TRANEXAMICO 500 MG AMP EPS(CLINTAR	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 4.668*
ACIDO TRANEXAMICO 500 MG TABS EPS(FIBRIL	*CAJA X 50 TABLETAS*	*$ 1.533*
ACIDO VALPROICO 250 MG TABLETAS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 342*
ACIDO VALPROICO 250 MG JARABE	*FRASCO X 120 ML*	*$ 9.178*
ACUPAN (NEFOPAM) 20MG/2ML	*CAJA X 5 AMPOLLAS*	*$ 24.223*
ADENOSINA 6 MG AMP EPS	*CAJA X 5 AMPOLLAS*	*$ 27.315*
ADRENALINA(EPINEFRINA)1MG/1ML AMP EPS	*CAJA X 25 AMPOLLAS*	*$ 1.696*
AGUA ESTERIL BOLSA x 500 ML	*BOLSA X 500 ML*	*$ 7.882*

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SAN SIMON DE VICTORIA
NIT 890.802.628-6



PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
AGUA ESTERIL INYECC x 10 ML	*CAJA X 50 AMPOLLAS*	*$ 1.096*
AGUA ESTERIL INYECC x 5 ML EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 943*
ALBENDAZOL 200 MG TABS EPS	*CAJA X 50 TABLETAS*	*$ 514*
ALBENDAZOL 400 MG x 20 ML SACHET EPS(FINAPAR)	*CAJA X 50 SACHETS*	*$ 2.548*
ALBUMINA HUMANA 200 G/L SOL INY x 50 ML	*BOLSA*	*$ 253.184*
ALCAINE(PROXIMETACAINA)GOTAS	*FRASCO X 15 ML*	*$ 100.787*
ALENDRONATO 70 MG TABS EPS(OSTICALCIN)	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 538*
ALOPURINOL 100 MG TABS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 486*
ALOPURINOL 300 MG TABS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 720*
ALPRAZOLAM 0,5 MG	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 110*
AMANTADINA 100 MG CAPS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 1.733*
AMIKACINA 100 MG AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 5.622*
AMIKACINA 500 MG AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 5.655*
AMIODARONA 150 MG AMP x 3 ML EPS	*CAJA X 25 AMPOLLAS*	*$ 7.796*
AMIODARONA 200 MG TABS EPS	*CAJA X 10 TABLETAS*	*$ 801*
AMITRIPTILINA 25 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 64*
AMLODIPINO 10 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 84*
AMLODIPINO 5 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 30*
AMOXICILINA 250 MG/5ML x 100 ML	*FRASCO X 60 ML*	*$ 7.598*
AMOXICILINA 500 MG CAPS EPS	*CAJA X 50 CAPSULAS*	*$ 447*
AMPICIL+SULBACTAM 1.5 GMS AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 3.799*
AMPICILINA 1 GMO AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 3.331*
AMPICILINA 250 MG SUSPENSION E.P.S	*FRASCO X 60 ML*	*$ 5.888*
AMPICILINA 500 MG AMP	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 3.043*
AMPICILINA 500 MG CAPS EPS	*CAJA X 200 TABLETAS*	*$ 471*
ATAZANAVIR 300 MG CAPS EPS	*FRASCO X 30 TABLETAS*	*$ 3.106*
ATAZANAVIR/RITONAVIR 300/100 MG TABS EPS	*FRASCO X 30 TABLETAS*	*$ 4.297*

Carrera 4 N 8 – 23
Teléfono 0968552084 Fax 0968552146
Pagina web esesansimonvictoria.gov.coEmail hsansimon423@yahoo.es



PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
ATORVASTATINA 10 MG TABS EPS(ATORFIT)	*CAJA X 250 TABLETAS*	*$ 119*
ATORVASTATINA 20 MG TABS EPS	*CAJA X 1000 TABLETAS*	*$ 90*
ATORVASTATINA 40 MG TABS EPS	*CAJA X 500 TABLETAS*	*$ 164*
ATROPINA 1 MG/1ML AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 1.389*
AZATIOPRINA 50 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 911*
AZITROMICINA 200 MG SUSP x 15 ML EPS	*FRASCO X 15 ML*	*$ 10.306*
AZITROMICINA 500 MG TABS EPS	*CAJA X 3 TABLETAS*	*$ 1.379*
AZTREONAM 1 GMO AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 22.519*
BECLOMETASONA 250 MCG INH EPS(NABUMEX	*INHALADOR*	*$ 14.028*
BECLOMETASONA 50 MCG INHAL EPS	*INHALADOR*	*$ 12.027*
BECLOMETASONA NASAL 50 MCG EPS	*INHALADOR*	*$ 14.428*
BENZOATO BENZILO LOCION EPS	*FRASCO X 120 ML*	*$ 21.830*
BERODUAL SOLUCION FRASCO EPS	*FRASCO X 20 ML*	*$ 29.990*
BETAMETASONA 0.05% CREMA	*TUBO X 20 GRAMOS*	*$ 9.377*
BETAMETASONA 0.1% CREMA	*TUBO X 20 GRAMOS*	*$ 6.448*
BETAMETASONA 4 MG AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 1.026*
BETAMETASONA 8 MG AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 1.461*
BETAMETASONA+BETAMETASONA 3+3 AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 21.227*
BETAMETILDIGOXINA 0.1 MG TABS EPS	*CAJA X 20 TABLETAS*	*$ 1.071*
BETAMETILDIGOXINA 0.2 MG/2ML AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 5.491*
BICARBONATO DE SODIO AMPOLLA	*AMPOLLA*	*$ 3.422*
BIPERIDENO 2 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 340*
BISACODILO 5 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 76*
BRIMONIDINA 2 MG GOTAS x 5 ML EPS	*FRASCO X 15 ML*	*$ 23.280*
BROMURO IPRATROP SOLU x 20 ML(ATROVENT)	*FRASCO X 20 ML*	*$ 24.400*
BROMURO IPRATROPIO INHALADOR EPS	*INHALADOR*	*$ 15.630*
BROMURO ROCURONIO 50 MG/5ML AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 20.503*



PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
BROMURO VECURONIO 10 MG AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 22.799*
BUPIVACAINA 50 MG x 10 ML AMP EPS	*CAJA X 24 AMPOLLAS*	*$ 10.500*
BUPIVACAINA+DEXTROSA AMP x 4 ML EPS	*CAJA X 24 AMPOLLAS*	*$ 8.547*
BUPIVACAINA-rEPINEFRINA AMP EPS	*FRASCO X 20 ML*	*$ 33.323*
CALCITRIOL 0.25 MCG CAPS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 230*
CALCITRIOL 0.50 MCG CAPS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 269*
CAPTOPRIL 25 MG TABS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 114*
CAPTOPRIL 50 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 118*
CARBAMAZEPINA SUSPENSION EPS (CARBEPIL)	*FRASCO X 120 ML*	*$ 8.952*
CARBAMAZEPINA 200 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 146*
CARBI/LEVOD/25/250 MG TABS EPS(PARKEN)	*CAJA X 70 TABLETAS*	*$ 499*
CARBON CALCIO 600 MG TABS EPS(OSTEOCAL)	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 183*
CARBON CALCIO+VITA D TABS EPS(OSTEOCA D)	*CAJA X 70 TABLETAS*	*$ 243*
CARBONATO DE LITIO 300 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 1.071*
CARVEDILOL 12.5 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 107*
CARVEDILOL 25 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 176*
CARVEDILOL 6.25 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 82*
CEFALEXINA 250 MG/5ML x 60 ML EPS	*FRASCO X 60 ML*	*$ 6.749*
CEFALEXINA 500 MG CAPS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 608*
CEFALOTINA 1 GMO AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 4.953*
CEFAZOLINA 1 GMO AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 3.883*
CEFEPIMA 1 GMO AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 7.111*
CEFRADINA 1 GMO AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 6.838*
CEFRADINA 500 MG TABS EPS(KLIACEF)	*CAJA X 250 TABLETAS*	*$ 753*
CEFTRIAXONA 1 GMO AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 2.770*
CEFUROXIMA 750 MG AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 7.650*
CIPROFLOXACINA 100 MG/10ML AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 2.659*

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SAN SIMON DE VICTORIA
NIT 890.802.628-6



PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
CIPROFLOXACINA 500 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 340*
CISATRACURIO 10 MG/5ML AMP EPS(CIRIUM)	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 12.777*
CLARITROMICINA 250 MG FCO EPS	*FRASCO X 50 ML*	*$ 20.801*
CLARITROMICINA 500 MG AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 22.994*
CLARITROMICINA 500 MG TABS EPS	*CAJA X 10 TABLETAS*	*$ 1.658*
CLINDAMICINA 600 MG AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 3.976*
CLONAZEPAM 0.5 MG TABS EPS (COQUAN)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 109*
CLONAZEPAM 2 MG TABS EPS (COQUAN)	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 116*
CLONAZEPAM 2.5 MG SUSP (COQUAN)	*FRASCO X 30 ML*	*$ 7.139*
CLONIDINA 0.150 MG TABS EPS	*CAJA X 500 TABLETAS*	*$ 64*
CLOPIDOGREL 75 MG TABS EPS(PLATEMAX)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 193*
CLORFENIRAMINA 4 MG TABS EPS	*CAJA X 500 TABLETAS*	*$ 51*
CLORFENIRAMINA JBE EPS	*FRASCO X 120 ML*	*$ 3.327*
CLOROQUINA 250 MG TAB X UNÍ EPS	*CAJA X 250 TABLETAS*	*$ 279*
CLORURO DE SODIO 2 MEQ/10 ML AMP EPS	*AMPOLLA*	*$ 2.792*
CLORURO DE POTASIO	*AMPOLLA*	*$ 2.716*
CLOTRIMAZOL 100 MG TAB VAGIN EPS	*CAJA X 48 TABLETAS*	*$ 363*
CLOTRIMAZOL CREMA TOPICA EPS	*TUBO X 40 GRAMOS*	*$ 4.324*
CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL EPS	*TUBO X 40 GRAMOS*	*$ 8.315*
CLOTRIMAZOL SOL TOPICA x 30 ML EPS	*FRASCO X 30 ML*	*$ 3.927*
CLOZAPINA 100 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 376*
CLOZAPINA 25 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 199*
COLCHICINA 0.5 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 128*
COLESTIRAMINA 4G SOBRES EPS	*CAJA X 100 SOBRES*	*$ 3.657*
COMPLEJO B GRAGEAS EPS	*CAJA X 250 TABLETAS*	*$ 120*
COMPLEJO B INYECT x 10 ML EPS	*AMPOLLA X 10 ML*	*$ 8.547*
CROMOGLICATO 2% OFTALM x 5 ML EPS	*FRASCO*	*$ 7.329*

Carrera 4 N 8 – 23
Teléfono 0968552084 Fax 0968552146
Pagina web esesansimonvictoria.gov.coEmail hsansimon423@yahoo.es



PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
CROMOGLICATO 2% NASAL	*FRASCO*	*$ 7.942*
CROMOVITAL 4% OFTALM x 5 ML EPS	*FRASCO*	*$ 11.990*
CROTAMITON 10% LOCION	*FRASCO X 60 ML*	*$ 9.564*
DALTEPARINA 5000 UI (FRAGMIN)	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 14.650*
DARUNABIR 600 MG TABS EPS	*FRASCO X 60 TABLETAS*	*$ 7.631*
DARUNABIR 800 MG TABS EPS(PRENAVIR)	*FRASCO X 60 TABLETAS*	*$ 8.824*
DEXA+POLI+NEO(WASSERTROL)GOTAS EPS	*FRASCO*	*$ 6.306*
DEXAMETASONA 4 MG AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 913*
DEXAMETASONA 8 MG AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 988*
DEXMEDETOMIDINA 200 MCG AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 23.222*
DEXTROSA 10% EN AD BOLSA x 500 ML	*BOLSA X 500 ML*	*$ 4.722*
DEXTROSA 5% EN AD BOLSA x 500 ML	*BOLSA X 500 ML*	*$ 4.722*
DEXTROSA 5% EN S SALINA x 500 ML	*BOLSA X 500 ML*	*$ 4.863*
DIAZEPAM 10 MG AMP x 2 ML EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 6.547*
DICLOFENACO 50 MG TABS EPS	*CAJA X 500 TABLETAS*	*$ 69*
DICLOFENACO 75 MG AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 988*
DICLOXACILINA 250 MG SUSP EPS	*FRASCO X 80 ML*	*$ 6.218*
DICLOXACILINA 500 MG CAPS EPS	*CAJA X 50 TABLETAS*	*$ 544*
DIFENHIDRAMINA 50 MG AMP EPS	*AMPOLLA*	*$ 26.107*
DIFENHIDRAMINA 50 MG CAPS EPS	*CAJA X 50 TABLETAS*	*$ 218*
DIFENHIDRAMINA JBE EPS	*FRASCO X 120 ML*	*$ 6.371*
DIHIDROCODEINA 2.42 MG EPS	*FRASCO X 120 ML*	*$ 10.948*
DILTIAZEM 60 MG TABS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 146*
DIMENHIDRINATO(PASEDOL)50 MG TABS EPS	*BOLSA X 600 TABLETAS*	*$ 104*
DINITRATO ISOSORB 10 MG TAB EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 91*
DINITRATO (ISOCORD) 5 MG TABS EPS	*CAJA X 20 TABLETAS*	*$ 2.388*
DIPIRONA 1 GMO AMP x 2 ML EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 983*



PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
DOBUTAMINA 250 MG AMP x 5 ML EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 13.588*
DOLUTEGRAVIR 50 MG TABS EPS(TIVICAY)	*FRASCO X 30 TABLETAS*	*$ 29.127*
DOPAMINA CLORHIDRATO 200MG/5 ML AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 3.267*
DOXICICLINA 100 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 262*
DULOXETINA 30 MG CAPS EPS(ALACIR)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 897*
DULOXETINA 60 MG CAPS EPS(ALACIR)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 1.655*
DUTASTERIDA+TAMSULOSINA(TAMSULON DUO)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 2.372*
EFAVIRENZ 600 MG TABS EPS	*FRASCO X 30 TABLETAS*	*$ 1.088*
EMPAGLIFOSINA(JARDIANCE)10 MG TABS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 3.696*
EMPAGLIFOSINA(JARDIANCE)25 MG TABS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 9.240*
EMTRICIT+TENOFO 200/300 MG TAB(FOVIREM)	*FRASCO X 30 TABLETAS*	*$ 1.806*
ENALAPRIL 20 MG TABS EPS(DONAPRIL)	*CAJA X 1000 TABLETAS*	*$ 87*
ENALAPRIL 5 MG TABS EPS	*CAJA X 150 TABLETAS*	*$ 190*
ENEMA RECTAL(FORFLOW)FCO x 133 ML EPS	*FRASCO X 133 ML*	*$ 19.167*
ENOXAPARINA 20 MG x 1 AMP EPS	*CAJA X 1 AMPOLLA*	*$ 6.532*
ENOXAPARINA 40 MG x 1 AMP EPS(CLENOX)	*CAJA X 1 AMPOLLA*	*$ 13.064*
ENOXAPARINA 60 MG x 1 AMP EPS(CLENOX)	*CAJA X 1 AMPOLLA*	*$ 19.597*
ENOXAPARINA 80 MG x 1 AMP EPS(CLENOX)	*CAJA X 1 AMPOLLA*	*$ 26.128*
ERGOTAMINA+CAFEINA TABS EPS (MIGRADOL)	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 360*
ERITROMICINA 250MG/5ML FRASCO EPS	*FRASCO X 60 ML*	*$ 7.997*
ERITROMICINA 500 MG TAB EPS	*CAJA X 250 TABLETAS*	*$ 948*
ERITROPOYETINA HUMANA 2000 UI AMP	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 9.971*
ERTAPENEM 1 GMO AMP EPS(IRTAPRED)	*AMPOLLA*	*$ 157.021*
ESCITALOPRAM 10 MG TABS EPS (DEPRALIN)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 352*
ESCITALOPRAM 20 MG TABLETAS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 424*
ESOMEPRAZOL 20 MG TABS EPS	*CAJA X 900 TABLETAS*	*$ 174*
ESOMEPRAZOL 40 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 220*

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SAN SIMON DE VICTORIA
NIT 890.802.628-6



PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
ESPIRAMICINA 3.000.000 UI TABS EPS	*CAJA X 10 TABLETAS*	*$ 2.881*
ESPIRONOLACTONA 100 MG TABS EPS	*CAJA X 250 TABLETAS*	*$ 578*
ESPIRONOLACTONA 25 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 163*
ESTROGENOS 0.625 MG TABS EPS	*CAJA X 28 TABLETAS*	*$ 1.029*
ESTROGENOS CREMA VAGINAL EPS(FEVENY)	*TUBO*	*$ 33.684*
ETILEFRINA 10 MG AMP EPS	*CAJA X 5 AMPOLLAS*	*$ 4.251*
EVINET 0.75 MG TABS (LEVONORGESTREL)	*CAJA X 2 TABLETAS*	*$ 3.848*
FARMALAX PEG 3350 SOBRES EPS	*CAJA X 50 SOBRES*	*$ 4.735*
FENITOINA 125 MG/5ML EPS (EPAMIN)	*FRASCO X 240 ML*	*$ 69.346*
FENITOINA SODICA 100 MG EPS(EPAMIN)	*CAJA X 50 TABLETAS*	*$ 680*
FENITOINA SODICA 250 MG AMP EPS(BLASK)	*CAJA X 5 AMPOLLAS*	*$ 3.419*
FENTANILO 0.5 MG AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 3.636*
FITOSTIMOLINE CREMA TUBO EPS	*TUBO X 60 GRAMOS*	*$ 102.539*
FLUCONAZOL 200 MG CAPS EPS(FUNEX)	*CAJA X 210 TABLETAS*	*$ 653*
FLUCONAZOL 200 MG x 100 ML AMP EPS	*AMPOLLA*	*$ 7.985*
FLUMAZENIL 0.5 MG AMP EPS (DIAZENIL)	*AMPOLLA*	*$ 94.629*
FLUNARIZINA 10 MG TABS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 110*
FLUOROMETALONA(FLUOFTAL)0.1% GOTAS EPS	*FRASCO*	*$ 12.171*
FLUOXETINA 20 MG JBE EPS(MOLTOBE	*FRASCO X 70 ML*	*$ 5.436*
FLUOXETINA 20 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 101*
FUROSEMIDA 20 MG AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 813*
FUROSEMIDA 40 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 63*
GABAPENTIN 300 MG EPS	*CAJA X 30 CAPSULAS*	*$ 477*
GELOFUSINE ISO 4% SOLUCI x 500 ML EPS	*FRASCO X 500 ML*	*$ 83.893*
GEMFIBROZILO 600 MG TABS EPS	*CAJA X 900 TABLETAS*	*$ 442*
GENTAMICINA 0.3% GOTAS OFTA x 6 ML EPS	*FRASCO*	*$ 4.006*
GENTAMICINA 160 MG AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 2.032*



PRODUCTO	PRESENTACION INSTITUCIONAL	Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar
GENTAMICINA 80 MG AMP EPS	CAJA X 100 AMPOLLAS	$ 1.583
GLIMEPIRIDA 2 MG TABLETA	CAJA X 30 TABLETAS	$ 465
GLIBENCLAMIDA 5 MG TABS EPS	CAJA X 330 TABLETAS	$ 64
GLIMEPIRIDA 4MG TABS EPS	CAJA X 300 TABLETAS	$ 562
GLUTAPACK R(GLUTAMINA+PROBIOTICO)	SOBRE	$ 72.911
HALOPERIDOL 10 MG TABS EPS	CAJA X 100 TABLETAS	$ 350
HALOPERIDOL 2 MG GOTAS x 15 ML EPS	FRASCO	$ 6.324
HALOPERIDOL 5 MG TABS EPS	CAJA X 100 TABLETAS	$ 228
HALOPERIDOL 5 MG x 1 ML AMP EPS	AMPOLLA	$ 2.874
HEPARINA SODICA 5.000 UIAMP EPS	CAJA X 10 AMPOLLAS	$ 35.708
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TABS EPS	CAJA X 300 TABLETAS	$ 40
HIDROCORTISONA 0.5% LOCION EPS	FRASCO X 30 ML	$ 7.761
HIDROCORTISONA 1% CREMA x 15 GMS EPS	TUBO X 15 GRAMOS	$ 4.438
HIDROCORTISONA 100 MG AMP EPS	CAJA X 10 AMPOLLAS	$ 4.705
HIDROXICINA 100 MG AMP EPS(CLEMASKOV)	CAJA X 5 AMPOLLAS	$ 13.872
HIDROXICINA 25 MG TABS EPS	CAJA X 250 TABLETAS	$ 280
HIDROXIDO ALUMINIO SUSP x 360 EPS	FRASCO X 360 ML	$ 10.896
HIERRO SACAROSA 100 MG AMP EPS	CAJA X 10 AMPOLLAS	$ 16.242
HIOSC BUTILBROM 10 MG TABS EPS	CAJA X 300 TABLETAS	$ 282
HIOSC BUTILBROM 20 MG AMP EPS	CAJA X 100 AMPOLLAS	$ 2.208
HIOSC-rDIPIRO 20/2.5 MG AMP EPS	CAJA X 100 AMPOLLAS	$ 3.039
IBUPROFENO 100 MG SUSP	FRASCO X 120 ML	$ 6.089
IBUPROFENO 400 MG TABS EPS	CAJA X 100 TABLETAS	$ 187
IBUPROFENO 800 MG TABS EPS	CAJA X 60 TABLETAS	$ 291
IMIPENEM+CILASTATINA 1 GMO AMP EPS	CAJA X 10 AMPOLLAS	$ 28.483
IMIPRAMINA 10 MG TABS EPS	CAJA X 100 TABLETAS	$ 646
IMIPRAMINA 25 MG TABS EPS	CAJA X 300 TABLETAS	$ 148



PRODUCTO	PRESENTACION INSTITUCIONAL	Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar
IMPLANON NXT IMPLANTE SUBDERMICO x 1	CAJA X 1 IMPLANTE	$ 219.175
INMUNOGLOBULINA ANTI D AMP 300 MCG EPS	AMPOLLA	$ 200.937
INSUL APIDRA 100 Ul FCO x 10 ML EPS	FRASCO X 10 ML	$ 80.240
INSUL APIDRA SOLOSTAR 100UI/3ML EPS	LAPICERO	$ 24.072
INSUL GLARGINA(LANTUS)100UI/ML x 10 ML	FRASCO X 10 ML	$ 116.442
INSUL GLARGINA(LANTUS)SOLOSTAR 100UI/3ML	LAPICERO	$ 38.340
INSUL(INSULEX)CRISTALINA R x 10 ML	FRASCO X 10 ML	$ 14.182
INSUL(INSULEX)NPH x 10 ML AMP	FRASCO X 10 ML	$ 21.724
ISONIAZIDA 300 MG TABS EPS(VESALIUS)	CAJA X 10 TABLETAS	$ 2.374
ISOPTO ATROPINA 1% GOTAS x 5 ML EPS	FRASCO X 5 ML	$ 41.264
IVERMECTINA(IVERGOT)GOTAS x 5 ML EPS	FRASCO X 5 ML	$ 4.281
KETAMINA 500 MG/1ML AMP EPS(KETAKOV)	AMPOLLA	$ 24.691
KETOCONAZOL 200 MG TABS EPS	CAJA X 10 TABLETAS	$ 404
KETOTIFENO 1 MG JBE EPS(ASMIKET	FRASCO X 100 ML	$ 5.092
KETOTIFENO 1 MG TABS EPS(ASMIKET)	CAJA X 250 TABLETAS	$ 97
LABETALOL 100MG/20ML SOL INYEC	AMPOLLA	$ 19.862
LACTATO DE RINGER BOLSA x 500 ML	BOLSA X 500 ML	$ 4.140
LACTULOSA SOL ORAL SOBRES EPS(DUPHALAC)	CAJA X 50 SOBRES	$ 3.347
LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP EPS	FRASCO X 240 ML	$ 55.012
LAMIVUDINA 150 MG TABS EPS(LUTIC)	FRASCO X 60 TABLETAS	$ 2.220
LAMIVUDINA+ZIDOVUD 150/300 TABS EPS	FRASCO X 60 TABLETAS	$ 826
LAMOTRIGINA 100 MG TABS EPS	CAJA X 100 TABLETAS	$ 578
LAMOTRIGINA 50 MG TABS EPS	CAJA X 100 TABLETAS	$ 352
LATANOPROST 50 MCG GOTAS	FRASCO	$ 14.426
LEFLUNOMIDA 20 MG TABS EPS(INFLAXEN)	CAJA X 30 TABLETAS	$ 1.142
LEVETIRACETAM 1000 MG TAB EPS	CAJA X 300 TABLETAS	$ 1.671
LEVETIRACETAM 500 MG TABS EPS(CEUMID)	CAJA X 30 TABLETAS	$ 873

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SAN SIMON DE VICTORIA
NIT 890.802.628-6



PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
LEVOMEPROMAZINA 100 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 804*
LEVOMEPROMAZINA 25 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 358*
LEVOMEPROMAZINA 4% GOTAS EPS	*FRASCO*	*$ 15.264*
LEVONOR+ETINIL(OCEIRA)x 21 TABS EPS	*CAJA X 21 TABLETAS*	*$ 1.972*
LEVOTIROXINA 100 MCG TABS EPS	*CAJA X 150 TABLETAS*	*$ 77*
LEVOTIROXINA 50 MCG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 60*
LEVOTIROXINA 62 MCG TABS EPS(TIROXIN)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 633*
LEVOTIROXINA 75 MCG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 144*
LEVOTIROXINA 88 MCG TABS EPS(EUTIROX)	*CAJA X 50 TABLETAS*	*$ 645*
LIDOCAI +HIDROCOR SUPOSITORIO EPS	*CAJA X 10 SUPOSITORIOS*	*$ 8.889*
LIDOCAI +HIDROCOR UNGUENTO EPS	*TUBO X 10 GRAMOS*	*$ 34.757*
LIDOCAÍNA 2% JALEA x 30 EPS (ROXICAINA)	*TUBO X 30 GRAMOS*	*$ 17.167*
LIDOCAÍNA 2% SIMPLE x 50 ML(PISACAINA)	*FRASCO X 50 ML*	*$ 12.006*
LIDOCAÍNA SPRAY EPS (ROXICAINA)	*SPRAY X 80 ML*	*$ 98.800*
LINAGLIPTINA (TRAYENTA) SMG EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 4.430*
LINEZOLID 2 MG AMP (ZOLIDONE)	*BOLSA X 300 ML*	*$ 64.379*
LOPERAMIDA 2 MG TABS EPS	*CAJA X 240 TABLETAS*	*$ 87*
LORATADINA 10 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 118*
LORATADINA JARABE FCO EPS	*FRASCO X 100 ML*	*$ 6.068*
LORAZEPAM 2 MG TABS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 97*
LOSARTAN 100 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 176*
LOSARTAN 50 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 71*
LOVASTATINA 20 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 127*
MANITOL 20% SOL INYECT EPS	*BOLSA X 500 ML*	*$ 137*
MEDROXIPROG(DEPOTRIM)150 MG EPS x 3 ML	*CAJA X 24 AMPOLLAS*	*$ 11.325*
MEDROXIPROG(FEMELIN)AMP EPS	*CAJA X 24 AMPOLLAS*	*$ 10.517*

Carrera 4 N 8 – 23
Teléfono 0968552084 Fax 0968552146
Pagina web esesansimonvictoria.gov.coEmail hsansimon423@yahoo.es

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SAN SIMON DE VICTORIA
NIT 890.802.628-6



PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
MEDROXIPROGESTERONA 5 MG TABS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 369*
MEROPENEM 1 GMO AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 18.137*
MESALAZINA 500 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 1.094*
METFORMINA 850 MG TABS EPS	*CAJA X 900 TABLETAS*	*$ 154*
METHERGIN 0.2 MG AMPS EPS	*CAJA X 5 AMPOLLAS*	*$ 1.547*
METILPREDNISOLONA 500 MG AMP EPS(SUMITRI	*AMPOLLA*	*$ 21.112*
METIMAZOL 5 MG TABS EPS(METLINA)	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 198*
METOCARBAMOL 750 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 257*
METOCLOPRAMIDA 10 MG AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 1.007*
METOCLOPRAMIDA 10 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 107*
METOCLOPRAMIDA 4 MG GOTAS EPS	*FRASCO X 30 ML*	*$ 3.563*
METOPROLOL 100 MG TABS EPS(BETOPROLOL)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 228*
METOPROLOL 5 MG AMP EPS (BETOPROLOL)	*AMPOLLA*	*$ 20.801*
METOPROLOL 50 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 72*
METOPROLOL SUCCINATO 100 MG TABS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 1.234*
METOPROLOL SUCCINATO 50 MG TABS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 617*
METOTREXATO 2.5 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 532*
METRONIDAZOL 250 MG SUSP EPS	*FRASCO X 120 ML*	*$ 6.949*
METRONIDAZOL 500 MG AMP EPS (TENAFLOX)	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 4.377*
METRONIDAZOL 500 MG OVULO EPS	*CAJA X 200 OVULOS*	*$ 538*
METRONIDAZOL 500 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 161*
MIDAZOLAM 15 MG AMP x 3 ML EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 3.747*
MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA	*CAJA X 5 AMPOLLAS*	*$ 3.622*
MILRINONA 10 MG AMP x 10 ML EPS	*AMPOLLA*	*$ 23.979*
MISOPROSTOL 200 MCG TABS VAGINAL	*CAJA X 8 TABLETAS*	*$ 4.298*
MISOPROSTOL 50 MCG TABS VAGINAL	*CAJA X 12 TABLETAS*	*$ 5.717*
NALOXONA CLORH 0.4 MG AMP EPS(NALOXIV)	*CAJA X 5 AMPOLLAS*	*$ 34.567*



PRODUCTO	PRESENTACION INSTITUCIONAL	Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar
NAPROXENO 150 MG SUSP EPS	FRASCO X 80 ML	$ 5.200
NAPROXENO 250 MG TABS EPS	CAJA X 900 TABLETAS	$ 214
NEOSTIGMINA 0.5 MG/1ML AMP EPS	CAJA X 10 AMPOLLAS	$ 20.889
NIFEDIPINO 10 MG CAPS EPS	CAJA X 30 TABLETAS	$ 600
NIFEDIPINO 30 MG CAPS EPS	CAJA X 300 TABLETAS	$ 342
NIMODIPINO 30 MG TABS EPS	CAJA X 300 TABLETAS	$ 249
NISTATINA 100.000 UI SUSP x 60 EPS	FRASCO X 60 ML	$ 8.468
NISTATINA CREMA TOPICA x 20 GMS EPS	TUBO X 20 GRAMOS	$ 8.265
NISTATINA+OXIDO x 30 GMS EPS(INSTACALM)	TUBO X 30 GRAMOS	$ 16.868
NITROFURANTOINA 100 MG TABS EPS	CAJA X 40 TABLETAS	$ 324
NITROFURAZONA 0.2% POMADA x 40 GMS EPS	TUBO X 40 GRAMOS	$ 15.453
NITROFURAZONA POMADA POTE x 500 GMS	POTE X 500 GRAMOS	$ 75.023
NITROGLICERINA 50 MG AMP EPS	AMPOLLA	$ 23.684
NITROPRUSIATO 50 MG AMP x 2 ML EPS	AMPOLLA	$ 56.980
NOREPINEFRINA 4 MG AMP EPS(PRIDAM)	AMPOLLA	$ 5.809
NOFERTYL AMPOLLA	CAJA X 24 AMPOLLAS	$ 9.015
OLANZAPINA 10 MG TABS(OLAZAP)EPS	CAJA X 30 TABLETAS	$ 618
OLANZAPINA 5 MG TABS EPS(OLAZAP)	CAJA X 30 TABLETAS	$ 552
OLOPATADINA(OLVISION)0.2% GOTAS EPS	FRASCO	$ 43.393
OMEPRAZOL 20 MG CAPS EPS	CAJA X 600 TABLETAS	$ 102
OMEPRAZOL 40 MG AMP EPS (K DELPRAZOL)	CAJA X 10 AMPOLLAS	$ 5.290
ONDANSETRON 8 MG/4 ML AMP EPS	AMPOLLA	$ 4.353
OXACILINA 1 GMO AMP EPS	CAJA X 10 AMPOLLAS	$ 3.122
OXIMETAZOLINA 0.25% NASAL x 15 ML EPS	FRASCO	$ 7.977
OXIMETAZOLINA 0.5% NASAL EPS(WASSERFRIN)	FRASCO	$ 6.078
OXITOCINA 10 UI AMP x 1 ML EPS(OXYTOCIN)	CAJA X 10 AMPOLLAS	$ 5.829
PAMOATO DE PIRANTEL 250 MG TABS EPS	CAJA X 60 TABLETAS	$ 577

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SAN SIMON DE VICTORIA
NIT 890.802.628-6



PRODUCTO	***PRESENTACION INSTITUCIONAL***	***Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar***
PAMOATO DE PIRANTEL 250MG/5ML EPS	*FRASCO X 15 ML*	*$ 3.403*
PENIC BENZATINICA 1.200 UIAMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 3.419*
PENIC BENZATINICA 2.400 UIAMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 4.598*
PENIC PROCAINICA 400.000 UI AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 7.009*
PENIC PROCAINICA 800.000 UI AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 5.902*
PENIC SODICA 1.000 UI AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 3.067*
PENIC SODICA 5.000 UI AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 6.129*
PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4.5 AMP EPS(TAPE	*AMPOLLA*	*$ 13.982*
PIPOTIAZINA 25 MG AMP EPS	*CAJA X 5 AMPOLLAS*	*$ 8.071*
PODOFILINA SOLUCION EPS(CONDILOM)	*FRASCO*	*$ 29.688*
PRAZOSINA 1 MG TAB X UNI EPS	*CAJA X 600 TABLETAS*	*$ 61*
PREDNIS+FENILEF x SML EPS (CORTIOFTAL F)	*FRASCO X 5 ML*	*$ 9.877*
PREDNISOLONA 5 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 72*
PREDNISONA 50 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 1.624*
PREGABALINA 75 MG CAPS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 279*
PROPOFOL LIPURO 10 MG AMP EPS	*AMPOLLA*	*$ 12.678*
PROPRANOLOL 40 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 114*
PROPRANOLOL 80 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 236*
QUETIAPINA 100 MG TABS EPS(TIQUEPIN)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 766*
QUETIAPINA 200 MG TABS EPS(TIAMAX)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 839*
QUETIAPINA 25 MG TABS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 351*
QUETIAPINA 50 MG TABS EPS(KETIAN XR)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 840*
RALTEGRAVIR 100 mg	*CAJA X 60 TABLETAS*	*$ 7.929*
RALTEGRAVIR 400 mg	*CAJA X 60 TABLETAS*	*$ 30.370*
REMIFENTANILO 2 MG x 1 AMP EPS	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 53.751*
RESINCALCIO POLVO SOBRES	*CAJA X 26 SOBRES*	*$ 11.488*
RITONAVIR 100 MG TABS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 1.767*



PRODUCTO	PRESENTACION INSTITUCIONAL	Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar
RIVAROXABAN 15 MG TABS EPS(XARELTO)	CAJA X 15 TABLETAS	$ 7.638
ROSUVASTATINA 20 MG TABS EPS	CAJA X 250 TABLETAS	$ 336
ROSUVASTATINA 40 MG TABS EPS	CAJA X 250 TABLETAS	$ 469
SALBUTAMOL 100 MCG INHALAD EPS(AIRMAX)	INHALADOR	$ 8.427
SALBUTAMOL SOLUCION x 10 ML EPS(VENTILAN	FRASCO X 10 ML	$ 22.603
SERTRALINA 100 MG TABS EPS(SERTRANQUIL)	CAJA X 250 TABLETAS	$ 426
SERTRALINA(AURASERT)50 MG TABS EPS	CAJA X 28 TABLETAS	$ 173
SEVORANE (SEVOFLURANO) SOLUC EPS	FRASCO X 250 ML	$ 344.770
SINOIMPLANT IMPLANTE SUBDERM EPS	IMPLANTE	$ 186.134
SITAGLIPTINA 100 MG EPS	CAJA X 28 TABLETAS	$ 5.066
SORIDERM LOCION FCO EPS	FRASCO X 120 ML	$ 13.743
SUCCINILCOLIN 1G/10 ML AMP(MIOCATINE)	AMPOLLA	$ 61.151
SUCRALFATO 1 GMO TABS EPS (ALSUCRAL)	CAJA X 20 TABLETAS	$ 627
SUCRAL FATO (ALBISAN) SUSP x 200 ML EPS	FRASCO X 200 ML	$ 55.794
SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE	CAJA X 2 AMPOLLAS	$ 360.699
SUERO FISIOLOGICO BOLSA x 100 ML	BOLSA X 100 ML	$ 3.056
SUERO FISIOLOGICO BOLSA x 1000 ML	BOLSA X 1000 ML	$ 8.277
SUERO FISIOLOGICO BOLSA x 250 ML	BOLSA X 250 ML	$ 3.611
SUERO FISIOLOGICO BOLSA x 500 ML	BOLSA X 500 ML	$ 3.833
SUERO ORAL (SALYDRAT) TROPICAL SOBRE EPS	CAJA X 50 SOBRES	$ 2.150
SUGAMADEX	AMPOLLA	$ 287.272
SULFACETAMIDA GOTA x 15ML EPS(SULFAOFTAL	FRASCO	$ 12.609
SULFADIAZ PLATA 1% CREMA x 30 EPS(DERMIQ	POTE X 30 GRAMOS	$ 7.666
SULFASALAZINA 500 MG TABS EPS	CAJA X 30 TABLETAS	$ 613
SULFATO DE ZINC 2 MG EPS (ZINCO)	FRASCO X 120 ML	$ 6.940
SULFATO FERROSO 300 MG TABS EPS	CAJA X 500 TABLETAS	$ 76
SULFATO FERROSO GOTAS EPS	FRASCO X 20 ML	$ 3.791

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SAN SIMON DE VICTORIA
NIT 890.802.628-6



PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
SULFATO FERROSO JBE EPS	*FRASCO X 120 ML*	*$ 4.429*
SULFATO DE MAGNESIO 20%	*AMPOLLA*	*$ 2.811*
TAMOXIFENO (TAXUS) 20 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 622*
TAMSULOSINA RETARD 0.4 MG CAPS EPS	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 702*
TECLOZAN 500 MG EPS (FALMONOX)	*CAJA X 3 TABLETAS*	*$ 12.600*
TEOFILINA 125 MG CAPS EPS (CIDETOX)	*CAJA X 50 CAPSULAS*	*$ 411*
TEOFILINA 300 MG CAPS EPS	*CAJA X 200 TABLETAS*	*$ 324*
TEOFILINA 80 MG SUSP EPS (TEOLIXIR)	*FRASCO X 240 ML*	*$ 8.290*
TIAMINA 1 GMO x 10 ML INYECTABLE EPS	*AMPOLLA*	*$ 9.409*
TIAMINA 300 MG TABS EPS	*CAJA X 500 TABLETAS*	*$ 236*
TIMOLOL MALEATO 0.5% GOTAS x 5 ML EPS	*FRASCO*	*$ 4.559*
TINIDAZOL 500 MG TABS EPS	*CAJA X 640 TABLETAS*	*$ 206*
TIOPENTAL SODICO 1 GMO AMP EPS	*AMPOLLA*	*$ 17.516*
TOLTERODINA 4 MG TABS EPS(TEROTOL)	*CAJA X 30 TABLETAS*	*$ 1.910*
TOPIRAMATO 50 MG TABS EPS(TOPAMAC)	*CAJA X 20 TABLETAS*	*$ 983*
TRAMADOL 100 MG AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 1.422*
TRAMADOL 100 MG GOTAS x 10 ML EPS	*FRASCO X 10 ML*	*$ 2.649*
TRAMADOL 50 MG AMP EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 1.094*
TRAZODONA 50 MG TAN EPS	*CAJA X 50 TABLETAS*	*$ 177*
TRIMETOPRIM SULFA 160/800 MG TABS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 334*
TRIMETOPRIM SULFA 80/400 AMP EPS	*AMPOLLA*	*$ 5.133*
VACUNA ANTITETANICA AMP	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 22.060*
VANCOMICINA 500 MG AMP EPS(VANBIOTIC)	*CAJA X 10 AMPOLLAS*	*$ 14.485*
VASOPRESINA 20 UI/1ML AMP EPS	*AMPOLLA*	*$ 20.302*
VERAPAMILO 120 MG TABS EPS	*CAJA X 50 TABLETAS*	*$ 308*
VERAPAMILO 80 MG TABS EPS	*CAJA X 50 TABLETAS*	*$ 205*
VIGABATRIN 500 MG TABS (SABRIL)	*FRASCO X 60 TABLETAS*	*$ 2.070*

Carrera 4 N 8 – 23
Teléfono 0968552084 Fax 0968552146
Pagina web esesansimonvictoria.gov.coEmail hsansimon423@yahoo.es



PRODUCTO	*PRESENTACION INSTITUCIONAL*	*Valor Unitario incluido todos los impuestos tasas y contribuciones a que haya lugar*
VITAMINA A 100.000 UI (RETIBLAN) CAPS EPS	*CAJA X 100 TABLETAS*	*$ 1.216*
VITAMINA A 50.000 UI CAPS EPS	*CAJA X 300 TABLETAS*	*$ 901*
VITAMINA B 12 1 MG X 1 ML AMP ESP	*CAJA X 25 AMPOLLAS*	*$ 1.537*
VITAMINA C 500 MG TABS MASTICABLE EPS	*BOLSAS X 576 TABLETAS*	*$ 220*
VITAMINA C 500 MG TABS ORALES EPS	*CAJA X 500 TABLETAS*	*$ 169*
VITAMINA K1(FITOMENADIONA)10 MG EPS	*CAJA X 100 AMPOLLAS*	*$ 3.310*
WARFARINA 5 MG TABS EPS	*CAJA X 250 TABLETAS*	*$ 314*
ZIDOVUDINA 10 MG SOL ORAL X 240 ML EPS	*FRASCO X 240 ML*	*$ 28.330*
ZIDOVUDINA 200 MG INY EPS (RETROVIR)	*CAJA X 5 AMPOLLAS*	*$ 12.696*
SUMATORIA TOTAL DE LOS ITEMS UNITARIOS		*$ 5.820.659*

Lote 1, hasta la suma de CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 150.000.000,oo) **SEGUNDA: OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **A) OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**: **1)**- Rregirse por los términos, condiciones, plazos y estipulaciones que se prescriben en el presente documento y en los anexos que se incorporan y hacen parte del mismo, así: **a)**- Los documentos tales como estudio de conveniencia y oportunidad, certificado de disponibilidad presupuestal. **b)**- Propuesta presentada por el CONTRATISTA. **c)**- Actas, modificaciones y convenios escritos que se originen entre la E.S.E. HOSPITAL SAN SIMON y el CONTRATISTA durante el desarrollo del objeto **e)**- Acepta que en el evento de producirse discrepancias en la interpretación y aplicación de esta orden o de cualquiera de sus anexos, prevalecerá el orden en el cual han sido enumerados en estos Cláusulalos servicios objeto del presente contrato.**2)**- Hacer el suministro de estos bienes y servicios en condiciones de buena calidad, presentación y oportunidad; **3)**- Garantizar sin excepción alguna, **LA ENTREGA DENTRO DEL TIEMPO PROPUESTO, Y LA ASISTENCIA Y APOYO TECNICO DURANTE LA VECES, LA DURACION Y LA FRECUENCIA OFERTADA**; **4)**- Atender las recomendaciones que se le formulen en relación con calidad, presentación y cumplimiento; **5)**- Atender las indicaciones que El HOSPITAL imparta y que hacen compatible la ejecución del contrato con la misión de la entidad; **6)**- Asegurar la disponibilidad permanente de la totalidad de los productos a proveer y la calidad de los mismos (marcas reconocidas); **7)**- El suministro de la totalidad de los bienes y servicios a proveer, debe contar con la previa autorización de la Gerencia o de la persona que para estos efectos y bajo su propia responsabilidad éste designe,; 7) Aportar los certificados y documentos de ley incluidos requeridos; **8)**- Las demás que resulten de la naturaleza propia del objeto contratado.**B)OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE: 1).** Pagar los valores por las obligaciones emanadas de este contrato**2)**- Hacer el respectivo registro presupuestal y de acuerdo con la disponibilidad previa; **3)**- Expedir en forma inequívoca, a través de su personal autorizado, las solicitudes y ordenes de suministro a EL CONTRATISTA; **4)**- Realizar el seguimiento y control al desarrollo y cumplimiento del objeto contratado; **5)**- Brindarle apoyo a EL CONTRATISTA para el cumplimiento del contrato; **6)**- Las demás que sean afines y compatibles con este acto y permitan su plena ejecución en condiciones normales.. **PARAGRAFO:** EN CASO DE QUE LA E.S.E REQUIERA ALGUN ELEMENTO, BIEN O SERVICIO QUE NO SE ENCUENTRE EN ESTA ORDEN O SUS ANEXOS Y QUE HAGA PARTE



DEL OBJETO SOCIAL DEL CONTRATISTA, DEBERA SER SUMINISTRADAPOR EL CONTRATISTA SIEMPRE Y CUANDO EL PRECIO ESTE ACORDE CON EL MERCADO VIGENTE Y TENGA EL VISTO BUENO DEL SUPERVISOR O GERENTE. **TERCERA. VALOR:** Para todos los efectos fiscales, el presente contrato tiene un valor de Lote 1: **CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 150.000.000,oo). CUARTA. FORMA DE PAGO:** Cada pago será el resultado de multiplicar el número de bienes y/o servicios suministrados por su valor (del mes O quincena a pagar),y **EL HOSPITAL, LE CANCELARÁ AL CONTRATISTA** dentro de los cientos veinte (120) días siguientes a la fecha en que el contratista radique la cuenta de cobro y/o factura, acompañada de informes de la ejecución del contrato, con certificación expedida por el supervisor del cumplimiento del objeto contractual firmada por el supervisor o interventor del contrato y de la certificación que acredite el pago por parte del contratista de las obligaciones al sistema general de seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales) y aportes parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, SENA , ICBF) en el caso que si apliquen **QUINTA.TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** EL CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato entre los días 3 de marzo de 2026 al 31 DE DICIEMBRE DE 2026 y/o hasta que se consuma el valor del contrato.**SEXTA. AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:** EL CONTRATISTA, está obligado, a afiliarse al Sistema de Seguridad Social, así como al pago de los aportes mensuales y presentación previa de recibos o constancias de los mismos al SUPERVISOR O INTERVENTOR DEL CONTRATO, para la expedición de la certificación de Cumplimiento y en consecuencia el reconocimiento y pago, si durante la ejecución del Contrato se presenta incumplimiento en el pago de aportes el HOSPITAL impondrá al CONTRATISTA multas sucesivas hasta tanto se dé cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. **SEPTIMA: INGRESO BASE DE LIQUIDACIÓN.** El Contratista deberá realizar la cotización a salud, pensión si aplica parafiscales con un IBL acorde con su tipo de persona. -natural o jurídica-. **OCTAVA. REGISTRO PRESUPUESTAL Y SUJECIÓN A LAS APROPIACIONES PRESUPUESTALES: LA ESE HOSPITAL** ha reservado la suma de $ 150.000.000 **M/CTE que** fue tomada del presupuesto asignado para la Entidad en la vigencia fiscal de 2026 y según certificado de disponibilidad presupuestal previo, el cual se anexa al presente. **NOVENA. CLAUSULAS EXCEPCIONALES:** – A este contrato le son aplicables, las cláusulas de interpretación, modificación, y terminaciones unilaterales, así como, la caducidad, de acuerdo con lo establecido en la ley 80 de 1993 y normas concordantes. **DECIMA. CADUCIDAD-** El HOSPITAL podrá declarar la caducidad administrativa de este contrato, por Resolución motivada, por el incumplimiento , con la cual declara terminado el contrato, hará efectiva la garantía y ordenará su liquidación, por cualquiera de las causales previstas en las normas vigentes y en particular por las siguientes: a) Cuando el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a cargo de EL CONTRATISTA afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato, de tal manera que sea evidente su paralización; **DECIMA PRIMERA. SUSPENSIÓN-** Las partes de común acuerdo podrán suspender los plazos del contrato cuando se presenten circunstancias que así lo justifiquen, siempre y cuando con ello, no se causen perjuicios a la entidad, ni se originen mayores costos para **EL HOSPITAL** y debe tener el visto bueno del interventor De la suspensión se dejará constancia en acta suscrita por las partes, la cual deberá contener la fecha de reanudación del mismo. El Contratista se obliga a prorrogar la garantía para efectos de amparar el contrato, como consecuencia de la suspensión. **DECIMA SEGUNDA. TERMINACION-** Este contrato se dará por terminado en cualquiera de los siguientes eventos cumplidos, por las cuales debe iniciarse su liquidación: a) Por el incumplimiento del objeto contractual; b) Por vencimiento del plazo de ejecución o sus prórrogas; c) Por mutuo acuerdo, siempre que no se causen perjuicios al **HOSPITAL**, d) Por fuerza mayor o caso fortuito que haga imposible ejecutar el objeto contractual. **DECIMA TERCERA. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS-** Cualquier diferencia que surja de la celebración, interpretación, ejecución, terminación o liquidación del presente contrato, las partes acudirán a la transacción, amigable componedor o conciliación, conforme lo establecido en el



MANUAL DE CONTRATACION ó en el artículo 69 de la ley 80 de 1993.**DECIMA CUARTA. EXCLUSION DE LA RELACIÓN LABORAL- EL CONTRATISTA** ejecutará el objeto de este Contrato con plena autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo cual no se generará ningún tipo de vínculo laboral entre **EL HOSPITAL y EL CONTRATISTA**, ni con el personal que éste llegare a utilizar para el desarrollo del objeto contractual. En ningún caso este contrato genera relación laboral ni prestaciones sociales y se celebrará por el término estrictamente indispensable, **DECIMA QUINTA. SUPERVISIÓN.** La labor de Supervisión en la ejecución del presente contrato estará a cargo de la persona que para tal fin designe la gerencia quien supervisará y controlará la debida ejecución del presente contrato. Para su perfeccionamiento se requiere la suscripción por las partes y registró presupuestal del contrato para su ejecución, la suscripción del acta de inicio. **DECIMA SEXTA**. **CESION. EL CONTRATISTA** no podrá ceder total o parcialmente la presente, ni subcontratar servicios objeto de la misma a persona alguna, salvo previa autorización por parte del Gerente del **HOSPITAL**. **DECIMA SEPTIMA. GARANTÍA Con** el fin de avalar el cumplimiento de las obligaciones conforme al presente Contrato **EL CONTRATISTA** se compromete a constituir a su costa y favor del **HOSPITAL** garantía única consistente en póliza expedida por Compañía de Seguros legalmente autorizada para funcionar en Colombia, o garantía Bancaria. Esta Póliza debe amparar el Cumplimiento General del Contrato, por una suma equivalente al VEINTE por ciento (20%) del valor total del Contrato, por el plazo de este y cuatro (4) meses más en todo caso hasta la liquidación del contrato **PARÁGRAFO PRIMERO:** La garantía estipulada en esta cláusula requerirá la aprobación por parte del **HOSPITAL.** Y el contratista contara con un plazo de dos (2) días hábiles contados a partir de la firma del contrato. **DECIMA OCTAVA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA declara bajo juramento, el cual se entiende prestado con la aceptación del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad previstas en los Artículos 8 y 9 de la Ley 80/93, y las previstas en la ley 1150 de 2007. **DECIMA NOVENA. DOMICILIO:** Para todos los efectos legales, las partes declaran su domicilio contractual el Municipio de VICTORIA - Caldas. **VIGECIMA. DOCUMENTOS**: Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1-** Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad. **2-** Certificado de Disponibilidad Presupuestal. **3-** Hoja de Vida diligenciada por el **CONTRATISTA. 4-** documento que certifica la existencia de las garantías de que trata la cláusula para tal fin. **5-** Certificados de antecedentes judiciales y disciplinarios. **6-** Certificado que acredite que el **CONTRATISTA** se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (autoliquidaciones mensuales salud, pensión, riesgos laborales). **7-** Certificado de antecedentes fiscales. **8-** Los documentos que certifiquen su existencia y representación. **9-** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de interventoría e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **VIGECIMA PRIMERA. MULTAS- EL CONTRATISTA** se hará acreedor a la imposición de multas equivalentes al uno por mil (1%) diarios, sin exceder el diez por ciento (10%) del valor del contrato, en el evento de comprobado incumplimiento parcial de sus obligaciones, sin perjuicio que **EL HOSPITAL** pueda hacer efectiva la sanción pecuniaria por incumplimiento o declarar la caducidad del contrato. **EL CONTRATISTA** autoriza expresamente a **EL HOSPITAL** para deducir directamente el valor de las multas causadas de cualquier suma que se adeude al **CONTRATISTA** por razón de este contrato. En cuanto podrá ser deducida del monto de la garantía de cumplimiento que se haga efectiva .**PARÁGRAFO. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE MULTAS**: El procedimiento para la aplicación de las multas será el siguiente: l) Una vez definida por parte del interventor del contrato la procedencia de una multa deberá requerir mediante oficio a **EL CONTRATISTA** y al representante legal de la aseguradora o banco garante, según el caso, indicando obligaciones incumplidas, las pruebas que soportan y una tasación de esta. El anterior requerimiento, deberá remitirse con copia a la Dirección del HOSPITAL, con las pruebas que lo sustenten. 2) A **EL CONTRATISTA** se le dará el término perentorio de dos días hábiles siguientes a la fecha en que



reciba el requerimiento, vía fax (confirmado) o entregado personalmente, para que presente por escrito sus descargos tanto al interventor del contrato, y con copia a la Dirección del **HOSPITAL**. 3) Recibidos los descargos, la Dirección del **HOSPITAL** efectuará un análisis de los argumentos esgrimidos por **EL CONTRATISTA** y determinará si hay lugar o no a la multa, previo concepto del interventor, quien debe enviar tal pronunciamiento a la Dirección del HOSPITAL a más tardar dentro de los dos (2) días hábiles siguientes de la presentación de los descargos por parte de **EL CONTRATISTA. 4)** Si el **HOSPITAL** considera que el incumplimiento amerita multa, expedirá el correspondiente acto administrativo y hará los descuentos que haya lugar de los pagos a favor de **EL CONTRATISTA** o con cargo al amparo de cumplimiento , una vez se encuentre en firme el correspondiente acto administrativo**. VIGECIMA SEGUNDA. PENAL PECUNARIA.** En caso de incumplimiento total o parcial o declaratorio de caducidad, las partes acuerdan como indemnización a favor del **HOSPITAL** una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato. En caso en que el **CONTRATISTA** no pague la suma correspondiente por este concepto dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha de su notificación, **EL HOSPITAL** hará efectiva la Póliza de Cumplimiento del Contrato o la deducirá de cualquier cantidad que adeude a **EL CONTRATISTA** por razón de este contrato, lo cual este último autoriza expresamente. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El valor de la Cláusula penal que se haga efectivo se considerará como pago parcial de los perjuicios ocasionados, al **HOSPITAL,** quedando éste facultado para reclamar por la vía judicial y extrajudicial, los perjuicios que excedan el monto de la cláusula penal. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** La aplicación de la cláusula penal podrá hacerse efectiva, aún en el evento en que la ejecución del contrato no se lleve a cabo por hecho o causa imputable a **EL CONTRATISTA** en los términos aquí señalados. **VIGECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.- EL CONTRATISTA** se compromete y obliga a mantener INDEMNE al **HOSPITAL** de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa las actuaciones del **CONTRATISTA**. **VIGECIMA CUARTA:** El CONTRATISTA es responsable por la pérdida o deterioro de los bienes encomendados a su custodia. En caso de entrega de elementos devolutivos que le sean suministrados para el desarrollo de sus actividades, será mediante inventario individual, comprometiéndose a devolverlos una vez vencido el contrato en el estado en que le fueron entregados o mediante reparación o reposición en el caso de daño o pérdida, salvo deterioro normal de los mismos. . **VIGECIMA QUINTA. PERFECCIONAMIENTO Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se considera perfeccionado con la suscripción del mismo por las partes y con la expedición del registro presupuestal. Para su ejecución se requiere: 1. La existencia de las disponibilidades presupuestales correspondientes y la suscripción del acta de inicio.

Se firma por quienes intervienen en señal de aceptación, las partes proceden a firmarlo. Dado en VICTORIA Caldas, 3 días del mes de marzo de dos mil veintiséis (2026). Firmado: **CO1.PCCNTR.9374612**

MARILU HERNANDEZ MENDEZ
Gerente.
E.S.E. Hospital SAN SIMON de VICTORIA
Contratante

FEDERICO VALENCIA TORO
CALDAS MEDICAS S.A.S
NIT 890.806.147 – 3
Contratista