MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°6

2656946084

GS-2026- 006828 -REGI6-11.6

Envigado - Antioquia, 26 de marzo del 2026

Señora teniente coronel
LILIANA ANDREA GIRALDO MEDINA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 6
Carrera 43ª 48 c sur 45
Envigado

Asunto : Informe consolidado evaluación Económico, técnico y jurídico.

De manera atenta y respetuosa me permito remitir a mi Coronel el consolidado y la verificación practicada al proceso de contratación número PN RASES 6 CD IA 041-2026 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, URGENCIAS, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE BAJA COMPLEJIDAD, COMO TAMBIÉN EL SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SAN JERONIMO – ANTIOQUIA

1. EVALUACION ECONOMICA

ANÁLISIS Y CALIFICACIÓN DE LA(S) OFERTA(S).

Convenciones empleadas en el informe:

OK	= CUMPLE	N.C.	= NO CUMPLE	SUBS.	= SUBSANABLE	N.A.	= NO APLICA	N.O.	= NO OFERTA

Datos generales del proceso

PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		MODALIDAD DE CONTRATACIÓN
$6.200.000.00	SFI	SIIF	CONTRATACIÓN DIRECTA – CONTRATO INTERADMINISTRATIVO Ley 1150 de 2007 en su Artículo 2º numeral 4, literal C inciso 1 (modificado por el Artículo 92 de la ley 1474 de 2011) y Artículo 2.2.1.2.1.4.4. del Decreto 1082 de 2015.

Fecha y hora de cierre del proceso: 20 de marzo de 2026 a las 19:00 horas.

A continuación de relaciona la(s) oferta(s) recibida(s):

REF.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TELÉFONO	N° IDENTIFICACIÓN
1	E.S.E. HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN	6048585997	890.981.848-6

2656946084

1.1 DE ORDEN ECONOMICO

De acuerdo a lo establecido en la Invitación a presentar oferta "En caso de ser necesario, durante el proceso de verificación de los requisitos habilitantes, si así lo consideran necesario, el comité evaluador podrá solicitar la aclaración y/o subsanación de alguno de ellos si así lo permite la normatividad vigente en temas de subsanación; solicitud y respuesta del oferente que UNICA Y EXCLUSIVAMENTE se efectuará en el expediente electrónico del SECOP II, dentro de las doce (12) horas hábiles siguientes a la publicación del requerimiento (entendiendo las horas hábiles tal y como están autorizadas en el SECOP II, es decir de 07:00 AM a 7:00 PM y de lunes a viernes sin contar días festivos)." Se procede a dar cumplimiento a la respectiva evaluación de la oferta.

Mediante oficio No. GS-2026-006694-REGI6 del 25/03/2026, se requirió al oferente E.S.E HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN para que presentara los siguientes documentos subsanables:

DE ORDEN ECONOMICO

- Carta de integridad de precios
- Carta de "Datos básicos beneficiario de cuenta" diligenciado y firmado

Los cuales presentó dentro del término concedido.

a. DOCUMENTOS

DOCUMENTOS SOLICITADOS	E.S.E. HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN
Oferta económica	OK
Sostenibilidad de precios	OK
Integridad de precios	OK
Datos básicos beneficiario cuenta	OK
Certificación bancaria	OK

b. OFERTA ECONOMICA

El Oferente deberá registrar en el expediente electrónico del Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP II, en la sección "Cuestionario", el Valor del Proceso, conforme a los lineamientos establecidos por la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente.

La oferta económica deberá presentarse bajo la modalidad de porcentaje unitario fijo y será entregada exclusivamente a través del archivo Excel o Word denominado "Anexo – Oferta Económica", el cual forma parte integral del presente proceso de contratación.

El proponente no podrá modificar, alterar o ajustar la estructura, las fórmulas ni el contenido del formato suministrado por la Entidad contratante. La inobservancia de esta instrucción dará lugar a la inhabilitación económica de la oferta.

Diligenciamiento del Porcentaje de Descuento

El oferente deberá ingresar en el Anexo – Oferta Económica **únicamente** el **porcentaje de descuento** que aplicará de manera uniforme a la totalidad de los ítems del objeto contractual.

El descuento deberá ser expresado en formato numérico, según corresponda.

El porcentaje registrado se aplicará sin excepción a todos los ítems, constituyéndose en un valor único e integral para la evaluación económica.

2656946084

PORCENTAJE DE DESCUENTO OFERTADO A TODOS LOS ÍTEMS A EVALUAR	_____0_____%

ITEM	CODIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS	TARIFA CIRCULAR 047 DE 2025	VALOR PRECIO TECHO
1	890701	CONSULTA URGENCIA MEDICINA GENERAL	CIRCULAR 047	$ 90.100,00
2	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJ	CIRCULAR 047	$ 103.100,00
3	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	CIRCULAR 047	$ 25.600,00
4	981100	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITI	CIRCULAR 047	$ 92.600,00
5	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	CIRCULAR 047	$ 92.300,00
6	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	CIRCULAR 047	$ 38.400,00
7	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA	CIRCULAR 047	$ 46.600,00
8	960401	INTUBACION OROTRAQUEAL (EXCLUSIVAMENTE EN CASOS DE REANI	CIRCULAR 047	$ 191.600,00
9	939402	NEBULIZACION	CIRCULAR 047	$ 22.900,00
10	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA	CIRCULAR 047	$ 655.100,00
11	935101	APLICACION DE VENDAJE ENYESADO SOD	CIRCULAR 047	$ 85.900,00
12	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	CIRCULAR 047	$ 129.100,00
13	865102	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE MAS DE TRES.	CIRCULAR 047	$ 25.600,00
14	865101	SUTURA HERIDA UNICA AREA GENERAL	CIRCULAR 047	$ 25.600,00
15	863103	RESECCION CAUTERIZACION DE LESIONES CUTANEAS POR FULGURACI	CIRCULAR 047	$ 99.400,00
16	863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION FULGURACIO	CIRCULAR 047	$ 241.000,00
17	863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION FULGURACIO	CIRCULAR 047	$ 99.400,00
18	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	CIRCULAR 047	$ 296.500,00
19	861201	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUT	CIRCULAR 047	$ 655.100,00
20	861101	DRENAJE SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR	CIRCULAR 047	$ 99.400,00
21	579400	INSERCION DE CATETER URINARIO	CIRCULAR 047	$ 49.900,00
22	340401	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE	CIRCULAR 047	$ 880.700,00
23	210100	CONTROL DE EPISTAXIS POR TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR O CAUT	CIRCULAR 047	$ 12.900,00
24	180300	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO C	CIRCULAR 047	$ 655.100,00
25	890601	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA PREPARTO	CIRCULAR 047	$ 68.700,00
26	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	CIRCULAR 047	$ 35.100,00
27	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	CIRCULAR 047	$ 54.600,00
28	890306	CONSULTA DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIONISTA	CIRCULAR 047	$ 39.700,00
29	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	CIRCULAR 047	$ 39.700,00
30	890203	CONSULTA ODONTOLOGICA GENERAL	CIRCULAR 047	$ 37.400,00
31	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	CIRCULAR 047	$ 66.100,00
32	890703	CONSULTA URGENCIA ODONTOLOGICA GENERAL	CIRCULAR 047	$ 40.700,00
33	237303	TERAPIA CONDUCTO DIENTE MULTIRRADICULAR	CIRCULAR 047	$ 193.600,00
34	237302	TERAPIA CONDUCTO DIENTE BIRRADICULAR	CIRCULAR 047	$ 160.800,00
35	237301	TERAPIA CONDUCTO DIENTE UNIRRADICULAR	CIRCULAR 047	$ 128.000,00
36	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	CIRCULAR 047	$ 167.600,00
37	232103	OBTURACION ADICIONAL IONOMERO DE VIDRIO	CIRCULAR 047	$ 48.800,00
38	232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO	CIRCULAR 047	$ 24.200,00
39	232102	OBTURACION ADICIONAL RESINA FOTOCURADO	CIRCULAR 047	$ 66.100,00
40	232101	OBTURACION ADICIONAL AMALGAMA DE PLATA	CIRCULAR 047	$ 38.400,00
41	232101	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	CIRCULAR 047	$ 19.600,00
42	231201	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR	CIRCULAR 047	$ 160.800,00
43	231101	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR	CIRCULAR 047	$ 96.800,00
44	230202	EXODONCIA DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	CIRCULAR 047	$ 19.600,00
45	230201	EXODONCIA DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	CIRCULAR 047	$ 19.600,00
46	230102	EXODONCIA DE DIENTE MULTIRRADICULAR	CIRCULAR 047	$ 352.900,00
47	230101	EXODONCIA DE DIENTE UNIRRADICULAR	CIRCULAR 047	$ 34.800,00
48	873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	CIRCULAR 047	$ 122.300,00
49	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
50	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
51	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INF	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
52	247402	FERULIZACION SEMIRRIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)	CIRCULAR 047	$ 129.100,00
53	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)	CIRCULAR 047	$ 162.900,00
54	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	CIRCULAR 047	$ 38.400,00
55	965101	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO	CIRCULAR 047	$ 36.800,00
56	963901	ENEMA O IRRIGACION TRANSANAL	CIRCULAR 047	$ 78.900,00
57	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	CIRCULAR 047	$ 41.100,00
58	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	CIRCULAR 047	$ 75.000,00
59	862701	ONICECTOMIA	CIRCULAR 047	$ 554.100,00
60	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	CIRCULAR 047	$ 105.600,00
61	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUENA CIRUGIA (SUTURAS)	CIRCULAR 047	$ 75.000,00
62	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	CIRCULAR 047	$ 32.500,00
63	579501	CAMBIO DE CATETER URINARIO	CIRCULAR 047	$ 47.500,00

2656946084

ITEM	CODIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS	TARIFA CIRCULAR 047 DE 2025	VALOR PRECIO TECHO
64	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	CIRCULAR 047	$ 68.700,00
65	10B004	INTERNACION HABITACION DE CUATRO CAMAS BAJA COMPLEJIDAD	CIRCULAR 047	$ 218.900,00
66	10B003	INTERNACION HABITACION TRES CAMAS BAJA COMPLEJIDAD	CIRCULAR 047	$ 238.100,00
67	10B002	INTERNACION HABITACION BIPERSONAL BAJA COMPLEJIDAD	CIRCULAR 047	$ 293.800,00
68	10B001	INTERNACION HABITACION UNIPERSONAL BAJA COMPLEJIDAD	CIRCULAR 047	$ 312.900,00
69	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	CIRCULAR 047	$ 2.774.955,00
70	911015	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	CIRCULAR 047	$ 36.100,00
71	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	CIRCULAR 047	$ 24.200,00
72	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	CIRCULAR 047	$ 11.400,00
73	907004	COPROSCOPICO	CIRCULAR 047	$ 59.300,00
74	907002	COPROLOGICO	CIRCULAR 047	$ 15.000,00
75	906916	SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONEMICA) VDRL EN SUER	CIRCULAR 047	$ 24.200,00
76	906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONEMICA] VDRL EN SUERO O LCR	CIRCULAR 047	$ 24.200,00
77	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA]	CIRCULAR 047	$ 236.300,00
78	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	CIRCULAR 047	$ 69.300,00
79	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS METODO MANUAL	CIRCULAR 047	$ 15.500,00
80	902216	LEUCOGRAMA [RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL]	CIRCULAR 047	$ 11.000,00
81	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	CIRCULAR 047	$ 19.600,00
82	902213	HEMOGLOBINA	CIRCULAR 047	$ 14.200,00
83	902211	HEMATOCRITO	CIRCULAR 047	$ 6.900,00
84	902209	HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO	CIRCULAR 047	$ 37.900,00
85	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCI	CIRCULAR 047	$ 37.900,00
86	902207	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA-HEMATOCRITO)	CIRCULAR 047	$ 37.900,00
87	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	CIRCULAR 047	$ 13.700,00
88	902204	VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR -VSG	CIRCULAR 047	$ 8.700,00
89	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	CIRCULAR 047	$ 21.900,00
90	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO CUALQUIER MUESTRA	CIRCULAR 047	$ 38.400,00
91	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
92	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	CIRCULAR 047	$ 19.600,00
93	901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	CIRCULAR 047	$ 53.600,00
94	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA	CIRCULAR 047	$ 26.500,00
95	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] & *	CIRCULAR 047	$ 164.900,00
96	906249	VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS & *	CIRCULAR 047	$ 131.200,00
97	906208	DENGUE ANTICUERPOS Ig M +	CIRCULAR 047	$ 144.800,00
98	906207	DENGUE ANTICUERPOS Ig G +	CIRCULAR 047	$ 137.700,00
99	906039	TREPONEMICA PALLIDUM ANTICUERPOS (FTA-ABS TPHA-PRUEBA TRE-P	CIRCULAR 047	$ 150.900,00
100	905705	ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	CIRCULAR 047	$ 61.900,00
101	904922	TIROXINA TOTAL [T4]	CIRCULAR 047	$ 120.300,00
102	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	CIRCULAR 047	$ 91.100,00
103	904903	HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES-TSH NEONATAL	CIRCULAR 047	$ 118.500,00
104	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	CIRCULAR 047	$ 120.300,00
105	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17ALFA +	CIRCULAR 047	$ 139.500,00
106	904508	PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	CIRCULAR 047	$ 30.200,00
107	903895	CREATININA EN SUERO-ORINA U OTROS	CIRCULAR 047	$ 21.900,00
108	903869	UREA	CIRCULAR 047	$ 20.100,00
109	903868	TRIGLICERIDOS	CIRCULAR 047	$ 25.600,00
110	903859	POTASIO	CIRCULAR 047	$ 54.100,00
111	903856	NITROGENO UREICO-BUN	CIRCULAR 047	$ 18.300,00
112	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	CIRCULAR 047	$ 57.800,00
113	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA+ incluye CARGA DE GLUCOSA)	CIRCULAR 047	$ 105.100,00
114	903843P	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	CIRCULAR 047	$ 57.800,00
115	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	CIRCULAR 047	$ 57.800,00
116	903841	DEXTROMETER	CIRCULAR 047	$ 22.900,00
117	903841	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTROS FLUIDOS	CIRCULAR 047	$ 22.900,00
118	903818	COLESTEROL TOTAL	CIRCULAR 047	$ 46.600,00
119	903816	COLESTEROL LDL	CIRCULAR 047	$ 45.200,00
120	903815	COLESTEROL HDL	CIRCULAR 047	$ 38.400,00
121	903809	BILIRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	CIRCULAR 047	$ 20.600,00
122	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	CIRCULAR 047	$ 15.500,00
123	903801	ACIDO URICO	CIRCULAR 047	$ 25.600,00
124	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	CIRCULAR 047	$ 83.800,00
125	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	CIRCULAR 047	$ 83.800,00
126	871202	APICOGRAMA	CIRCULAR 047	$ 115.500,00
127	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES: STRES	CIRCULAR 047	$ 40.700,00
128	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	CIRCULAR 047	$ 45.200,00
129	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA	CIRCULAR 047	$ 77.000,00
130	873423	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA	CIRCULAR 047	$ 115.500,00

2656946084

ITEM	CODIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS	TARIFA CIRCULAR 047 DE 2025	VALOR PRECIO TECHO
131	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLA COMPARATIVA POSICION VERTICAL (AP)	CIRCULAR 047	$ 45.200,00
132	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP Y LATERAL	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
133	873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	CIRCULAR 047	$ 45.200,00
134	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATER	CIRCULAR 047	$ 84.900,00
135	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR AP Y LATERAL	CIRCULAR 047	$ 40.700,00
136	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCANEO AXIAL Y LATERAL	CIRCULAR 047	$ 77.000,00
137	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE AP Y LATERAL	CIRCULAR 047	$ 77.000,00
138	873314	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
139	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
140	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
141	873210	RADIOGRAFIA DE MANO	CIRCULAR 047	$ 77.000,00
142	873206	RADIOGRAFIA DE MUÑECA	CIRCULAR 047	$ 77.000,00
143	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	CIRCULAR 047	$ 77.000,00
144	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
145	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATI	CIRCULAR 047	$ 45.200,00
146	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	CIRCULAR 047	$ 77.000,00
147	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
148	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	CIRCULAR 047	$ 77.000,00
149	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
150	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	CIRCULAR 047	$ 77.000,00
151	873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL	CIRCULAR 047	$ 347.700,00
152	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (	CIRCULAR 047	$ 169.700,00
153	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	CIRCULAR 047	$ 128.000,00
154	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	CIRCULAR 047	$ 98.900,00
155	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. LATERAL DECUBITO LATERAL	CIRCULAR 047	$ 115.500,00
156	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	CIRCULAR 047	$ 98.900,00
157	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	CIRCULAR 047	$ 109.800,00
158	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	CIRCULAR 047	$ 84.900,00
159	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	CIRCULAR 047	$ 126.400,00
160	871060	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	CIRCULAR 047	$ 208.200,00
161	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	CIRCULAR 047	$ 120.300,00
162	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	CIRCULAR 047	$ 154.000,00
163	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	CIRCULAR 047	$ 123.900,00
164	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	CIRCULAR 047	$ 123.900,00
165	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	CIRCULAR 047	$ 126.400,00
166	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	CIRCULAR 047	$ 126.400,00
167	870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]	CIRCULAR 047	$ 115.500,00
168	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	CIRCULAR 047	$ 115.500,00
169	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	CIRCULAR 047	$ 136.400,00
170	870456	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
171	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUP	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
172	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
173	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
174	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
175	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
176	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
177	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
178	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	CIRCULAR 047	$ 115.500,00
179	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
180	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
181	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
182	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	CIRCULAR 047	$ 157.700,00
183	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	CIRCULAR 047	$ 129.100,00
184	870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	CIRCULAR 047	$ 129.100,00
185	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	CIRCULAR 047	$ 99.900,00
186	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	CIRCULAR 047	$ 157.700,00
187	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	CIRCULAR 047	$ 113.000,00
188	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	CIRCULAR 047	$ 25.600,00
189	997301	DETARTRAJE SUPRAGINIVAL SOD CONTROL MECANICO	CIRCULAR 047	$ 159.800,00
190	997300	DETARTRAJE SUPRAGINIVAL SOD CONTROL MECANICO	CIRCULAR 047	$ 159.800,00
191	997107	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	CIRCULAR 047	$ 32.500,00
192	997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	CIRCULAR 047	$ 39.500,00
193	997104	TOPICACION DE FLUOR EN NIÑOS	CIRCULAR 047	$ 37.400,00
194	997103	APLICACION TOPICA DE FLUOR EN GEL	CIRCULAR 047	$ 37.400,00
195	997102	APLICACION SELLANTES FOTOCURADO	CIRCULAR 047	$ 32.500,00
196	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	CIRCULAR 047	$ 25.600,00
197	995202	ADMINISTRACION VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] Y OBSERVACION	CIRCULAR 047	$ 17.000,00

2656946084

ITEM	CODIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS	TARIFA CIRCULAR 047 DE 2025	VALOR PRECIO TECHO
198	995201	VACUNA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
199	995200	OTRAS VACUNACIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
200	995199	VACUNA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	CIRCULAR 047	$ 6.200,00
201	993522	SARAMPION RUBEOLA Y PAPERA (SRP) SARAMPION Y RUBEOLA (SR)	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
202	993520	SARAMPION RUBEOLA Y PAPERA (SRP) SARAMPION Y RUBEOLA (SR)	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
203	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
204	993512	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
205	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
206	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
207	993504	VACUNA FIEBRE AMARILLA	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
208	993503	VACUNA HEPATITIS B	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
209	993502	VACUNA HEPATITIS A	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
210	993501	VACUNA POLIOMELITIS-VOP	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
211	993130	VACUNA PENTAVALENTE	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
212	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA TETANOS Y TOS FERINA [D	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
213	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [TD]	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
214	993106	VACUNA CONTRA NEUMOCOCO	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
215	993104	VACUNA HEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
216	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	CIRCULAR 047	$ 17.000,00
217	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	CIRCULAR 047	$ 77.000,00
218	902212	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	CIRCULAR 047	$ 51.100,00
219	892901	CITOLOGIA CERVICOUTERINA	CIRCULAR 047	$ 43.800,00
220	890305	CONSULTA CONTROL O SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	CIRCULAR 047	$ 17.700,00
221	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICO GENERAL	CIRCULAR 047	$ 54.600,00
222	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	CIRCULAR 047	$ 655.100,00
223	697101	INSERCION O RETIRO DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPT	CIRCULAR 047	$ 92.300,00
224	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	CIRCULAR 047	$ 37.400,00
225	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	CIRCULAR 047	$ 39.700,00
226	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	CIRCULAR 047	$ 32.500,00

Suministro y dispensación informada de medicamentos ambulatorios nivel bajo para los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional en el Municipio de SAN JERONIMO.

ITEM	DESCRIPCION	CONCENTRACIÓN	PRESENTACION	PRECIO DE VENTA
1	ACETAMINOFEN	150MG/5ML	SOLUCION ORAL	$ 4.700,00
2	ACETAMINOFEN	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 157,00
3	ACICLOVIR	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 368,00
4	ACICLOVIR	800 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 630,00
5	ACIDO ACETIL SALICILICO	100MG	TABLETAS	$ 158,00
6	ACIDO TRANEXAMICO	500 MG	AMPOLLA	$ 11.340,00
7	ADENOSINA	6MG/2ML	AMPOLLA	$ 27.045,00
8	ADRENALINA 0.1% (1 MG/ML)	0.1%(1MG/ML)	AMPOLLA	$ 3.675,00
9	ALBENDAZOL	100MG/5ML	SUSPENSION ORAL	$ 1.680,00
10	ALBENDAZOL	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 473,00
11	ALOPURINOL	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 840,00
12	ALOPURINOL	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.890,00
13	ALUMINIO HIDROXIDO	0,06	SUSPENSION ORAL	$ 17.010,00
14	AMIODARONA	200 MG	TABLETAS	$ 1.313,00
15	AMIODARONA AMPOLLA 150 MG	150 MG	AMPOLLA	$ 8.610,00
16	AMITRIPTILINA (CLORHIDRATO)	25MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 123,00
17	AMLODIPINO (BESILATO)	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 105,00
18	AMOXICILINA	250MG/5ML	SUSPENSION ORAL	$ 12.495,00
19	AMOXICILINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 787,00
20	AMPICILINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 840,00
21	AMPICILINA AMPOLLA	1 GR	AMPOLLA	$ 4.200,00
22	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO	250MG/5 ML(5%)	SUSPENSION ORAL	$ 6.930,00
23	AMPICILINA-SULBACTAM	AMPOLLA 1G	AMPOLLA	$ 6.615,00
24	ASCORBICO ACIDO (VITAMINA C)	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 415,00
25	ASCORBICO ACIDO (VITAMINA C)	100 MG/ML	GOTAS	$ 7.140,00
26	ATORVASTATINA	10 MG	TABLETAS	$ 315,00
27	ATORVASTATINA	20 MG	TABLETAS	$ 288,00
28	ATORVASTATINA	40 MG	TABLETAS	$ 300,00
29	ATROPINA SULFATO	1MG/ML	AMPOLLA	$ 3.150,00
30	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	250MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	$ 28.875,00
31	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	50MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION	$ 18.270,00

2656946084

ITEM	DESCRIPCION	CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO DE VENTA
			BUCAL	
32	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	50MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION NASAL	$ 27.825,00
33	BETAMETASONA DIPROPIONATO	0.05%	CREMA TOPICA	$ 3.727,00
34	BETAMETASONA FOSFATO	8 MG/2ML	AMPOLLA	$ 1.785,00
35	BIPERIDENO (CLORHIDRATO)	2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 577,00
36	BISACODILO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 262,00
37	CALCIO CARBONATO	600MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 420,00
38	CALCIO CARBONATO+VITAMINA D	600MG (base)+200UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 315,00
39	CALCITRIOL	0.25MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 378,00
40	CALCITRIOL	0.50MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 367,00
41	CAPTOPRIL	25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 210,00
42	CAPTOPRIL	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 262,00
43	CALCITRIOL	0,25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 388,00
44	CALCITRIOL	0,50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 388,00
45	CARBAMAZEPINA	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 143,00
46	CARVEDILOL	12.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 120,00
47	CARVEDILOL	25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 200,00
48	CARVEDILOL	6.25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 204,00
49	CEFALEXINA	250MG/5ML	SUSPENSION ORAL	$ 10.080,00
50	CEFALEXINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.050,00
51	CEFALOTINA	1 GR	AMPOLLA	$ 7.875,00
52	CEFTRIAXONA	1 GR	AMPOLLA	$ 6.720,00
53	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12)	1000MCG/ML	SOLUCION PARENTERAL	$ 3.573,00
54	CIPROFLOXACINA	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 682,00
55	CIPROFLOXACINA	100 MG	AMPOLLA 100 M/10 ML	$ 3.675,00
56	CLINDAMICINA	600MG/4ML	AMPOLLA	$ 6.300,00
57	CLONAZEPAM	0.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 525,00
58	CLONAZEPAM	2.5MG/ML	SOLUCION ORAL	$ 28.980,00
59	CLONAZEPAM	2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 210,00
60	CLONIDINA (CLORHIDRATO)	0.150MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 105,00
61	CLOPIDOGREL (SULFATO)	75MG (Base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 215,00
62	CLORFENIRAMINA	2MG/5 ML	SOLUCION ORAL	$ 5.406,00
63	CLORFENIRAMINA MALEATO	4MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 105,00
64	CLOROQUINA (FOSFATO)	150MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 525,00
65	CLORURO DE SODIO (NATROL)	2 MEQ/1ML	AMPOLLA 20 MEG/10ML(11.7%)	$ 2.940,00
66	CLOTRIMAZOL	0,01	CREMA TOPICA	$ 7.364,00
67	CLOTRIMAZOL	0,01	CREMA VAGINAL	$ 9.700,00
68	COLCHICINA	0.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 315,00
69	CLOZAPINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 315,00
70	CROTAMITON	0,1	LOCION TOPICA	$ 15.928,00
71	DEXAMETASONA 8 MG	8 MG	AMPOLLA	$ 1.575,00
72	DEXAMETASONA-NEOMICINA- POLIMIXINA SOLUCI	5 ML	GOTAS OFTALMICAS	$ 8.295,00
73	DEXTROSA 10% SOLUCION	500 ML	BOLSA /SOLUCION	$ 6.300,00
74	DEXTROSA 5% SOLUCION	500 ML	BOLSA /SOLUCION	$ 6.300,00
75	DIAZEPAM	10 MG	SOLUCION PARENTERAL	$ 9.240,00
76	DICLOFENACO (SODICO)	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 155,00
77	DICLOFENACO (SODICO)	75MG/3ML	SOLUCION PARENTERAL	$ 1.680,00
78	DICLOXACILINA (SODICA)	250MG/5ML (base)	SUSPENSION ORAL	$ 7.875,00
79	DICLOXACILINA (SODICA)	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 892,00
80	DICLOXACILINA (SODICA)	250MG/5ML (base)	SUSPENSION ORAL	$ 7.875,00
81	DIFENHIDRAMINA	12.5 MG	JARABE	$ 5.880,00
82	DIFENHIDRAMINA	50 MG	CAPSULAS	$ 367,00
83	DIFENHIDRAMINA	50 MG	AMPOLLA	$ 26.355,00
84	DIHIDROCODEINA BITARTRATO	0.24% (2.42MG/ML)	SOLUCION ORAL	$ 21.672,00
85	DIMENHIDRINATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 210,00
86	DIPIRONA (METAMISOL SODICO)	1G/2ML	SOLUCION PARENTERAL	$ 1.680,00
87	DOPAMINA	200MG/5ML	AMPOLLA	$ 5.964,00
88	DOXICICLINA (CLORHIDRATO)	100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 630,00
89	ENALAPRIL (MALEATO)	20MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 210,00
90	ENOXAPARINA SODICA	40MG/0.4ML	AMPOLLA	$ 13.717,00
91	ERITROMICINA (ESTEARATO)	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.018,00
92	ERITROMICINA (METILSUCCINATO O ESTEARATO)	5%(250MG/5ML)(base)	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	$ 1.995,00
93	ESPIRAMICINA	3 M UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 3.307,00
94	ESPIRONOLACTONA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.050,00
95	ESPIRONOLACTONA	25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 210,00
96	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS	0.0625%(0.625MG/G)	CREMA VAGINAL	$ 35.368,00

2656946054

ITEM	DESCRIPCION	CONCENTRACIÓN	PRESENTACION	PRECIO DE VENTA
97	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS	0.625MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.080,00
98	FENITOINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.031,00
99	FENITOINA	250 MG	250 MG/5ML AMPOLLA	$ 16.800,00
100	FENOBARBITAL	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 525,00
101	FENTANILO CITRATO	0.5 MG/10 ML	AMPOLLA	$ 6.825,00
102	FLUCONAZOL	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 630,00
103	FLUOXETINA	20MG/5 ML (base)	SOLUCION ORAL	$ 9.765,00
104	FLUOXETINA	20 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 262,00
105	FOLICO ACIDO	1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 105,00
106	FUROSEMIDA	40MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 157,00
107	FUROSEMIDA	20MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	$ 1.890,00
108	GEMFIBROZILO	600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 735,00
109	GENTAMICINA (SULFATO)	160MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	$ 3.990,00
110	GENTAMICINA SULFATO	(0.3)% 3MG/ML (base)	SOLUCION OFTALMICA	$ 4.540,00
111	HALOPERIDOL	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 525,00
112	HALOPERIDOL	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 420,00
113	HALOPERIDOL	5MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	$ 7.140,00
114	HIDROCLOROTIAZIDA	25MG	TABLETA	$ 105,00
115	HIDROCORTISONA	100 MG	AMPOLLA	$ 9.765,00
116	HIDROCORTISONA (ACETATO)	0,01	CREMA TOPICA	$ 6.300,00
117	HIDROXICINA	100MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	$ 16.800,00
118	HIERRO SULFATO	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 105,00
119	HIERRO SULFATO	25 MG/ML	GOTAS	$ 4.256,00
120	HIERRO SULFATO	4 G/120 ML	JARABE	$ 5.904,00
121	HIOSCINA BUTIL BROMURO	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 630,00
122	HIOSCINA BUTIL BROMURO	20MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	$ 4.725,00
123	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA	(20MG+2.5G)/5ML	SOLUCION PARENTERAL	$ 5.157,00
124	IBUPROFENO	400MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 315,00
125	IMIPRAMINA (CLORHIDRATO)	25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 735,00
126	IMIPRAMINA (CLORHIDRATO)	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.365,00
127	INMUNOGLOBULINA ANTI D	300 MCG	AMPOLLA	$ 208.892,00
128	IPRATROPIO BROMURO	20 MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	$ 11.684,00
129	ISOSORBIDE DINITRATO	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 150,00
130	ISOSORBIDE DINITRATO	5 MG	TAB/CAPS/GRAG/SUBLINGUAL	$ 2.539,00
131	KETAMINA	500 MG/ML	AMPOLLA	$ 37.800,00
132	KETOCONAZOL	200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 400,00
133	KETOTIFENO 0.01% (1 MG/5 ML)	0.01% (1 MG/5 ML)	JARABE	$ 10.000,00
134	KETOTIFENO 1 MG	1 MG	TABLETAS	$ 129,00
135	LABETALOL	100MG/20ML	AMPOLLA	$ 19.863,00
136	LANSOPRAZOL	30 MG	CAPSULAS	$ 700,00
137	LEVODOPA+CARBIDOPA	(250+25)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 900,00
138	LEVOMEPROMAZINA MALEATO	25MG(base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 500,00
139	LEVOMEPROMAZINA MALEATO	4% (base)	SOLUCION ORAL	$ 16.700,00
140	LEVONORGESTREL+ETILINILE STRADIOL (SINOVUL)	(150+30)MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 290,00
141	LEVOTIROXINA SODICA	100MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 500,00
142	LEVOTIROXINA SODICA	25MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.300,00
143	LEVOTIROXINA SODICA	50MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 500,00
144	LITIO CARBONATO	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.300,00
145	LOPERAMIDA (CLORHIDRATO)	2MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 100,00
146	LORATADINA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 100,00
147	LORATADINA	5MG/5ML	SOLUCION ORAL	$ 4.400,00
148	LORAZEPAM	2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 200,00
149	LOSARTAN (POTASICO)	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 300,00
150	LOSARTAN (POTASICO)	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 100,00
151	LOVASTATINA	20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 100,00
152	MEDROXIPROGESTERONA + ESTRADIOL (FEMELIN)	25+5 MG	AMPOLLA 25+5 MG	$ 14.037,00
153	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO TABLETA 5 MG	5 MG	TABLETA	$ 369,00
154	MEPERIDINA	0.10%	AMPOLLA 0.10%	$ 3.953,00
155	METFORMINA CLORHIDRATO	850MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 250,00
156	METILERGOMETRINA MALEATO	0.2MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	$ 1.547,00
157	METILPRENISOLONA 500MG	500 MG	AMPOLLA	$ 15.584,00
158	METIMAZOL	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 250,00
159	METOCARBAMOL	750MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 350,00
160	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	0.4% (4MG/ML)	SOLUCION ORAL	$ 4.500,00

2656946084

ITEM	DESCRIPCION	CONCENTRACIÓN	PRESENTACION	PRECIO DE VENTA
161	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	10MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 200,00
162	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	10MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	$ 1.600,00
163	METOPROLOL TARTRATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 550,00
164	METOPROLOL TARTRATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 483,00
165	METOPROLOL TARTRATO	1 MG/ML	AMPOLLA	$ 18.480,00
166	METRONIDAZOL	500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 210,00
167	METRONIDAZOL	5%(250MG/5ML)	SUSPENSION ORAL	$ 7.140,00
168	METRONIDAZOL	500MG	OVULO O TABLETA VAGINAL	$ 735,00
169	MIDAZOLAM CLORHIDRATO	0.5% (5MG/5ML)	SOLUCION PARENTERAL	$ 15.015,00
170	MISOPROSTOL	200MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 4.620,00
171	MORFINA CLORHIDRATO	10 MG/ML	AMPOLLA	$ 3.360,00
172	MORFINA CLORHIDRATO GOTAS 30 MG	30 MG	GOTAS 30 MG	$ 48.300,00
173	NAPROXEN (SODICO)	250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 368,00
174	NIFEDIPINA	30MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 368,00
175	NIFEDIPINA	10 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 382,00
176	NIMODIPINO	30MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 210,00
177	NISTATINA	100.000 UI/ML	SUSPENSION ORAL	$ 7.140,00
178	NITROFURANTOINA MACRONIZADA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 525,00
179	NITROPRUSIATO DE SODIO	2.5%	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	$ 60.585,00
180	OMEPRAZOL	20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 263,00
181	OMEPRAZOL	40MG	AMPOLLA	$ 14.700,00
182	OXITOCINA	10 UI	AMPOLLA	$ 4.809,00
183	PLATA SULFADIAZINA	0.01	CREMA TOPICA	$ 8.610,00
184	POTASIO CLORURO (KATROL)	20MEG/10ML(14.9%)	AMPOLLA	$ 1.575,00
185	PREDNISOLONA	5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 210,00
186	PREDNISONA	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.890,00
187	RETINOICO ACIDO	0.025%	CREMA TOPICA	$ 15.540,00
188	RISPERIDONA	1MG	TABLETA	$ 332,00
189	RISPERIDONA	2MG	TABLETA	$ 475,00
190	RISPERIDONA	3MG	TABLETA	$ 571,00
191	SALBUTAMOL	100 MCG/20 MCG	INHALADOR 100MCG/DOSIS	$ 16.275,00
192	SALES DE REHIDRATACION ORAL	Aporte al menos 60 meq de sodio	POLVO	$ 2.100,00
193	SERTRALINA	50MG	TABLETA	$ 208,00
194	SERTRALINA	100MG	TABLETA	$ 460,00
195	SODIO CLORURO 100 ML SOLUCION 0.9%	100 ML	SOLUCION 0.9%	$ 5.250,00
196	SODIO CLORURO 500 ML SOLUCION 0.9%	500 ML	SOLUCION 0.9%	$ 6.300,00
197	SOLUCION HARTMANN	500 ML	SOLUCION	$ 6.198,00
198	SUCCINILCOLINA CLORURO	100 MG/M	AMPOLLA	$ 41.454,00
199	SUCRALFATE	1G	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 1.365,00
200	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE	5 ML	AMPOLLA	$ 501.900,00
201	TIAMINA (VITAMINA B1)	300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 368,00
202	TIAMINA AMPOLLA	100 MG/ML	AMPOLLA	$ 9.135,00
203	TIMOLOL MALEATO	0.50%	SOLUCION OFTALMICA	$ 12.256,00
204	TOXOIDE TETANICO	40UI/0.5ML	SUSPENSION PARENTERAL	$ 23.100,00
205	TRAMADOL	10% (100MG/ML)	SOLUCION ORAL	$ 5.040,00
206	TRAMADOL (CLORHIDRATO)	100MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	$ 3.675,00
207	TRAMADOL (CLORHIDRATO)	50MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	$ 1.754,00
208	TRAZODONA CLORHIDRATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 315,00
209	TRIMETOPRIM+SULFAMETOXA ZOL	(160+800)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 368,00
210	VALPROICO ACIDO	250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 538,00
211	VALPROICO ACIDO	250MG/5ML	SOLUCION ORAL	$ 21.771,00
212	VECURONIO	10 MG POLVO LIOFILIZADO	AMPOLLA	$ 37.800,00
213	VERAPAMILO (CLORHIDRATO)	80MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 215,00
214	VERAPAMILO (CLORHIDRATO)	120MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 323,00
215	VITAMINA A	50,000UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 420,00
216	WARFARINA SODICA	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP	$ 788,00
217	ZINC SULFATO 2MG/ML	2MG/ML	SUPLEMENTO	$ 13.381,00
218	VITAMINA K (FITOMENADIONA)	2 MG/0.2 ML	AMPOLLA	$ 28.728,00

CONCLUSIÓN EVALUACIÓN ECONÓMICA

La entidad **E.S.E HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN** presento su oferta económica aplicando un descuento de 0% a todos sus ITEMS, es decir que se acoge al precio techo ofertado en la invitación y anexó todos los requisitos

2656946084

económicos solicitados, por lo tanto, **CUMPLE** con los criterios económicos exigidos para continuar con el proceso.

2. EVALUACION TECNICA

CONDICIONES TECNICAS MINIMAS:

ITEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE SI	CUMPLE NO
1	**NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO** Con el fin de garantizar la idoneidad del talento humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del presente proceso contractual, el oferente debe certificar en el anexo de condiciones técnicas mínimas que CUMPLE O NO CUMPLE el personal de la salud formados en las diferentes carreras según la complejidad en una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de Educación, firmada por representante legal.	X	
2	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** • Con el fin de garantizar la idoneidad del talento humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del presente proceso contractual, el oferente debe certificar en el anexo de condiciones técnicas mínimas que CUMPLE O NO CUMPLE con a la experiencia del talento humano necesario en la prestación de servicios de salud a contratar, firmada por representante legal. El contratista deberá certificar y garantizar que cuenta con el talento humano capacitado y certificado en los puntos de vacunación. Esta información deberá incluir nombres, cargos, certificaciones y fechas de capacitación.	X	
3	**CAPACIDAD OPERATIVA** Con el fin de garantizar la capacidad operativa que se requiere para el cumplimiento del objeto del presente proceso contractual, el oferente debe certificar en el anexo de condiciones técnicas mínimas que CUMPLE O NO CUMPLE, que cuenta con personal idóneo para prestar el servicio las 24 horas de los 7 días de la semana en las instalaciones ofertadas, firmada por representante legal. Con el fin de garantizar los lineamientos para la gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones - pai – 2025, la entidad debe certificar: • El contratista deberá certificar la prestación de los servicios de vacunación bajo las modalidades intramural (dentro de las IPS) y extramural, que incluye vacunación en unidad móvil, jornadas de salud, vacunación domiciliaria y otras tácticas definidas por el PAI. El contratista deberá presentar los soportes de pólizas de responsabilidad civil, así como los certificados de mantenimiento y calibración de los equipos de cadena de frío.	X	
4	**OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN SALUD** Con el fin de garantizar la oportunidad en la atención que se requiere para el cumplimiento del objeto del presente proceso contractual, el oferente debe certificar en el anexo de condiciones técnicas mínimas que CUMPLE O NO CUMPLE las siguientes condiciones: • Atención por la consulta externa con medicina general y otros profesionales de la salud hasta 3 días hábiles • Atención prioritaria en las primeras 24 horas • Procedimiento hasta 30 días calendario. • Atención por urgencias según la clasificación de Triage descrita en la Resolución No. 5596 del 24 de diciembre del 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social. **Nota 1:** En todos los casos igual o menor a la oferta presentada en el Decreto 019 de 2012 en materia de oportunidad para asignación de citas, Resolución 256 de 2016 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y Circular Externa 047 de noviembre de 2007 de la Superintendencia Nacional de Salud. **Nota 2:** Para las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer se obedecerán las instrucciones PRIMERA y SEGUNDA impartidas dentro de la Circular Externa No. 004 del 17 de julio de 2014 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud: *"Primera. Atención oportuna. Las entidades vigiladas deben proporcionarles a las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer una atención sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. No se puede negar o dilatar la atención o asistencia médica requerida, y el registro de citas de consulta médica especializada*	X	

ITEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE SI	CUMPLE NO
	• El oferente debe contar con una oficina y línea de atención al usuario con capacidad resolutiva, efectiva y eficiente para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados, donde puedan tramitar sus peticiones, quejas, reclamos y sugerencias durante la prestación del servicio. • Si la sede del prestador de servicios de salud está ubicada en edificaciones de hasta dos (2) pisos o más niveles, contados a partir del nivel más bajo construido, y que funcionen en segundo u otro nivel o piso. Debe contar con ascensor o rampa o sistema alternativo de elevación. Los sistemas alternativos de elevación deben cumplir con las siguientes condiciones: o Su ubicación no debe interferir con el acceso y evacuación de los usuarios por las escaleras. o Debe estar disponible tanto para el acceso como para la evacuación de los usuarios. o Su manejo debe ser autónomo. o Debe garantizar seguridad durante su uso. • La sede propuesta por el oferente debe contar con una sala de espera que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación. La sede propuesta por el oferente debe contar con la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios objeto del presente proceso contractual.		

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: E.S.E HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN

Identificación (NIT ☑ C.C ☐ C.E ☐): 890981848

Nombre Representante Legal: JENIFFER URIBE BERMUDEZ

Identificación (C.C ☑ C.E. ☐) 1036619972 de Itagüí Antioquia

Dirección: Carrera 10 No. 23-08

Teléfono: 6048582545

Email: gerencia@hospitaldesanjeronimo.gov.co

2656946084

25/3/26, 9:44 Untitled Page

Nuevo | Buscar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC
Cédula extranjería:CE — NI 890981848 - 6
Naturaleza Jurídica: Pública — Prestadores acreditados en salud
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR
Departamento: Antioquia — Municipio: SAN JERÓNIMO
Código de Prestador: 0565605092 - 01
Nombre del Prestador: ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN
Clase de Prestador: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Empresa Social del Estado: SI
Dirección: CARRERA 10 No.23-08
Teléfono(s): 8585997
Fax: 8585997
Correo Electrónico: gerencia@hospitaldesanjeronimo.gov.co
Razón Social: E.S.E. HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN
Representante Legal: JENIFFER URIBE BERMUDEZ
Nivel Atención Prestador: 1 — Carácter Territorial: MUNICIPAL
Fecha de Inscripción: 20030415 — Fecha de Vencimiento: 20260831

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: miércoles 25 de marzo de 2026 (9:43 a.m.)

Nuevo | Buscar | Ayuda

25/3/26, 9:45 Untitled Page

Nuevo | Buscar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC: 890981848 - 6
Naturaleza Jurídica: Pública
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR
Departamento: Antioquia — Municipio: SAN JERÓNIMO
Código de Prestador: 0565605092 - 01
Nombre del Prestador: ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN
Clase de Prestador: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Carácter Territorial: MUNICIPAL
Empresa Social del Estado: SI — Nivel Atención Prestador: 1
DATOS DE LA SEDE
Departamento: Antioquia — Municipio: SAN JERÓNIMO
Código de la Sede: 0565605092 - 01 — Sede principal: SI
Nombre de la Sede: ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN
Gerente: JENIFFER URIBE BERMUDEZ — Zona: URBANA
Dirección: KR 10 # 23-08 — Barrio:
Centro poblado: — Fax:
Teléfono(s): 8582020 — Correo Electrónico: calidad@hospitaldesan
Fecha de Apertura: 20030415

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: miércoles 25 de marzo de 2026 (9:45 a.m.)

Nuevo | Buscar | Ayuda

25/3/26, 9:45 Untitled Page

Nuevo | Buscar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC
Naturaleza Jurídica
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR
Código del Prestador: 0565605092 — Clase de Prestador
Empresa Social del Estado — Nivel Atención Prestador — Carácter Territorial
DATOS DE LA SEDE
Departamento — Municipio
Código de la Sede
Nombre de la Sede
SERVICIO
Grupa — Número Distintivo de Habilitación del Servicio
Servicio
Horarios
Modalidades: Intramural; Extramural; Telemedicina; Telemedicina Prestador de Referencia; Telemedicina Prestador de Remisor
Especialidades
Complejidad
Fecha apertura del servicio — AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: miércoles 25 de marzo de 2026 (9:44 a.m.)

Excel | Word | Texto

https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/serviciossedes_mps.aspx?ibhabi_codigo_habilitacion=0565605092 1/2

2656946084

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 0519705593 - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede 0519705593 - 01

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Horarios

Modalidades

Intramural
Extramural
Telemedicina
Telemedicina Prestador de Referencia
Telemedicina Prestador de Remisor

Especificidades

Complejidad

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 09 de diciembre de 2025 (9:36 a.m.)

Excel | Word | Texto

https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/serviciossedes_reps.aspx?tbhabi_codigo_habilitacion_completo=05197055930519705593O1

9/12/25, 9:36 Untitled Page

(20) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0106890
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0106891
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	312 -ENFERMERÍA	DHSS0106892
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0106893
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0106894
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0106895
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	337 -OPTOMETRÍA	DHSS0106896
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0106897
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	420 -VACUNACIÓN	DHSS0106898
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0106899
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0106900
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0106901
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	739 -FISIOTERAPIA	DHSS0106902
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0106903
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0673952
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	748 -RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	DHSS0106904
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0106905
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	DHSS0106906
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1102-URGENCIAS	DHSS0106907
Antioquia	COCORNÁ	0519705593	01	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0106908

1

Nuevo | Buscar | Ayuda

2656946084

CAPACIDAD OPERATIVA:

E.S.E
Hospital San Luis Beltrán
San Jerónimo
Humanización y conocimiento al servicio de la comunidad

San jerónimo, 20 de marzo de 2026

CERTIFICA:

CAPACIDAD OPERATIVA

Yo, JENIFFER URIBE BERMUDEZ, identificado con cedula de ciudanía Nro. 1.036.619.972 de Itagui. En calidad de Representante Legal de la E.S.E HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN del municipio de San Jerónimo, certifico que contamos con personal idóneo para prestar el servicio las 24 horas de los 7 días de la semana en las instalaciones de la E.S.E y que se encuentran debidamente habilitadas.

Así mismo y con el fin de garantizar los lineamientos para la gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones - PAI – 2025, estamos en la capacidad de prestar de los servicios de vacunación bajo las modalidades intramural (dentro de las IPS) y extramural, que incluye vacunación en unidad móvil, jornadas de salud, vacunación domiciliaria y otras tácticas definidas por el PAI.

JENIFFER URIBE BERMUDEZ
Representante Legal
E.S.E. Hospital San Luis Beltrán

2656946054

EXPERIENCIA DEL PERSONAL.

E.S.E
Hospital San Luis Beltrán
San Jerónimo
Humanización y acercamiento al servicio de la comunidad

San jerónimo, 20 de marzo de 2026

CERTIFICA:

EXPERIENCIA DEL PERSONAL

Yo, JENIFFER URIBE BERMUDEZ, identificado con cedula de ciudanía Nro. 1.036.619.972 de Itagui. En calidad de Representante Legal de la E.S.E HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN del municipio de San Jerónimo, certifico que con el fin de garantizar la idoneidad del talento humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del presente proceso contractual, contamos con personal de la salud con la experiencia necesaria en la prestación de los servicios de salud

Así mismo, que contamos con personal capacitado y certificado en los puntos de vacunación.

JENIFFER URIBE BERMUDEZ
Representante Legal
E.S.E. Hospital San Luis Beltrán

2656946084

INFRAESTRUCTURA. ESTA EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS.

NIVEL ACADEMICO. ESTA EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS

OPORTUNIDAD. ESTA EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS.

CONCLUSIÓN EVALUACIÓN TECNICA

El oferente **CUMPLE** con las condiciones técnicas exigidas en el proceso.

3. EVALUACION JURIDICA

REFERENCIA		ESE HOSPITAL LUIS BELTRAN	
		¿CUMPLE?	FOLIO(S)
A	Carta de presentación	O.K.	X
B	Certificado de existencia y representación legal	O.K.	X
C	Certificación Contraloría	O.K.	X
D	Decreto de Nombramiento (resolución)	O.K.	X
E	Acta de Posesión	O.K.	X
F	Compromiso Anticorrupción	O.K.	X
G	Cedula de Ciudadanía Representante Legal	O.K.	X
H	Certificación Procuraduría	O.K.	X
I	Certificación Aportes Parafiscales	O.K.	X
J	Antecedentes Judiciales	O.K.	X
K	Certificación RNMC	O.K.	X
L	Autorización Consulta Antecedentes Delitos Sexuales	O.K.	X
M	Acuerdo de Confidencialidad	O.K.	X
N	Inhabilidades e Incompatibilidades	O.K.	X
O	Certificación REDAM	O.K.	X
P	Registro Único Tributario	O.K.	X
Q	Compromiso SGSST	O.K.	X
R	Compromiso de Buenas normas Ambientales	O.K.	X
RESULTADO		**HABILITADO**	

Mediante comunicación oficial GS-2026-006574-REGI6 del 24/03/2026, se requirió al oferente para que presentara los siguientes documentos: Certificado de Existencia Representación Legal, Certificación del representante legal, de no estar reportado en la página de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM / Carpeta Ciudadana Digital conforme a lo estipulado en la Ley 2097 del 2021, certificado expedido por el Ministerio de Tecnologías de la información y las Telecomunicaciones – MINTIC y no mayor a 30 días de expedido, contado desde la fecha de cierre del proceso y dentro del término concedido los presentó.

CONCLUSION.

El oferente **CUMPLE** con los requisitos establecidos en la ley 80 de 1993, artículo 23 de la ley 1150 de 2007, y artículo 2.2.1.2.1.4.4. del Decreto 1082 de 2015.

26569402

CONCLUSION GENERAL

ENTIDAD	ECONÓMICO	TÉCNICO	JURÍDICO
ESE HOSPITAL LUIS BELTRAN	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

Contador Público **JUAN ENRIQUE BLANCO GÒMEZ**
Evaluador económico

Intendente Jefe **JONATHAN LOPEZ VARGAS**
Evaluador Técnico

Abogado. **RUBEN DARIO HINCAPIE A.**
Evaluador Jurídico

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396600
Deant.rases-tuh@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACION PÚBLICA

2656946084