MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No. 6
NIT 811.032.059-3

CONTRATO No. 65-5-20071-26 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 Y LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL, CUYO OBJETO ES LA 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 ANDES - ANTIOQUIA.

Entre los suscritos, de una parte, la señora Teniente Coronel LILIANA ANDREA GIRALDO MEDINA, mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. 52.803.070 expedida en BOGOTÁ D.C., quien actúa en representación de la **NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No. 6**, en calidad de Jefe de Regional de Aseguramiento de Salud No. 6, cargo para el cual fue nombrada mediante la Orden Interna de Personal DISAN No. 011 del 20/01/2025 expedida por el Director de Sanidad de la Policía Nacional y delegada para contratar según la Resolución No. 00502 del 05/03/2026 *"Por la cual se delega la ordenación del gasto y competencias propias de la Gestión Contractual y Convenios en la Policía Nacional de Colombia, y se dictan otras disposiciones"* expedida por el Director General de la Policía Nacional de Colombia, debidamente facultada por la Ley 80 de 1993 *por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública* y el artículo 91 de la Ley 38 de 1989, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, y por la otra, el **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL** con el número de identificación tributaria No. 890.980.814-1, representada legalmente por el señor **LUIS FABIAN OTERO LOPEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía 10.951.563 expedida en Planeta Rica - Cordoba, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** y declara que tiene capacidad para celebrar este contrato, que no está incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad de las previstas en las Leyes 80 de 1993, 1150 de 2007 *Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con Recursos Públicos*, 1474 de 2011 *Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública* y demás normas constitucionales y legales, hemos acordado celebrar el presente contrato, previos los siguientes considerandos:

a) Que se elaboraron los estudios y documentos previos de conformidad con lo señalado en el numeral 12 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 87 de la Ley 1474 de 2011 *por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*; así como lo descrito en el artículo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015 *Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector Administrativo de Planeación Nacional* y demás normatividad legal aplicable;

b) Que, al momento de la apertura del proceso de selección, se contó con la respectiva apropiación presupuestal que respalda el presente compromiso;

c) Que el presente contrato se deriva de un proceso de contratación realizado por la modalidad de Contratación Directa – Interadministrativo, de conformidad con el literal c) del numeral 4 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con el artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto 1082 de 2015 y la Resolución No. 03049 del 30/07/2014 *por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*, modificada parcialmente por la Resolución No. 00090 del 15/01/2018;

d) Que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No. 6** tiene la necesidad constante de 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 ANDES - ANTIOQUIA, actividades que no se pueden realizar en la red propia, pues no se cuenta con la infraestructura locativa, equipos especializados y tampoco con el personal profesional y/o técnico, los servicios solicitados se encuentran descritos en el Acuerdo No. 093 del 08 octubre de 2025 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional *"Por el cual se establece el Plan de Servicios y Tecnologías en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"* y para su realización el rubro se encuentra establecido en el plan de anual de adquisiciones 2026 aprobado para esta unidad;

e) Que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No. 6** designará un supervisor para el presente contrato, el cual mantendrá comunicación con el **CONTRATISTA** durante el desarrollo del contrato y ejercerá las funciones asignadas para el efecto en la Resolución No. 00090 del 15/01/2018 *por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014* expedida por el Director General de la Policía Nacional y/o aquellas que la modifiquen, adicionen, complementen o deroguen;

f) Que habiéndose dado cumplimiento a todos los trámites y requisitos que exige la contratación administrativa para este tipo de contrato (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, el Decreto 1082 de 2015 y, las resoluciones No. 03049 del 30/07/2014, la Resolución No. 00090 del 15/01/2018 de la Policía Nacional), es procedente la celebración de este, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

PRIMERA. OBJETO: El objeto del presente contrato es la 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 ANDES - ANTIOQUIA.

SEGUNDA. FINALIDADES DEL CONTRATO: El presente contrato está orientado a lograr la efectiva y eficiente prestación del servicio propio de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, en consecuencia, el **CONTRATISTA** se compromete para con la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No. 6** a prestar el servicio requerido y suplir las necesidades definidas en los estudios y documentos previos. En tal sentido, queda claro que todas las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, derivadas del presente contrato, así como de la

naturaleza de su objeto y las finalidades por él previstas, son obligaciones de resultado. Estas finalidades deberán tenerse en cuenta para la adecuada comprensión e interpretación del presente contrato, especialmente en lo que concierne a sus reglas y condiciones, así como para determinar el alcance de los derechos y obligaciones que el mismo atribuye a las partes.

TERCERA. VALOR: Para efectos legales, fiscales y presupuestales, el valor del contrato asciende a la suma de DIECISIETE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($ 17.000.000,00) correspondientes a la vigencia presupuestal 2026

PARÁGRAFO PRIMERO: Consultar listado de servicios contratados en el *Anexo "Oferta Económica"* de este contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Todos los precios aquí contemplados se entienden firmes y fijos y por lo tanto no están sujetos a ninguna clase de reajuste. Igualmente, dentro de este precio están incluidos los costos proyectados al plazo de ejecución del presente contrato y la utilidad razonable que el **CONTRATISTA** pretende obtener, en consecuencia, no se aceptarán solicitudes de reajustes, fundamentados en estas circunstancias.

CUARTA. FORMA DE PAGO: La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No. 6** pagará al **CONTRATISTA** el valor de este contrato de conformidad con lo dispuesto en el *Anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO"* de este contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO- CUENTA PARA PAGOS: Los pagos previstos en esta cláusula se acreditarán a la cuenta que se indica en el *Anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO"* de este contrato, a favor del **CONTRATISTA**, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria a nombre del **CONTRATISTA**. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

QUINTA. APROPIACIÓN PRESUPUESTAL: El presente contrato está amparado para la vigencia 2026 por el Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP del SIIF No. 49326 del 09/04/2026 y del SFI No. 00248 del 04/09/2026 expedidos por la Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6

SEXTA. PLAZO DE EJECUCIÓN: El **CONTRATISTA** debe cumplir con la Prestación del Servicio, a partir del acta de inicio hasta el 30/09/2026, y/o hasta agotar presupuesto, lo que primero ocurra.

De manera excepcional, cuando por razones enfocadas a la continuidad de la prestación del servicio y con el fin de dar prevalencia a la protección de los derechos fundamentales, se podrá adicionar y/o prorrogar el futuro contrato conforme a lo normado por la Ley 80 de 1993 y demás normatividad legal vigente aplicable; en caso de tratarse de una adición y/o prorroga de vigencia futura, esta se realizará siempre y cuando se cuente con su respectiva apropiación y autorización del cupo, en concordancia con lo establecido en la Ley 819 de 2003, artículo 10, literal B, para efectos de realizar una debida planeación presupuestal que permita adquirir compromisos que afecten presupuestos de anualidades subsiguientes y así salvaguardar el derecho a la vida y a la salud de los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.

SÉPTIMA. VIGENCIA: La vigencia del presente contrato será de cuatro (4) meses adicionales al plazo de ejecución establecido en la cláusula *SEXTA. PLAZO DE EJECUCIÓN* de este contrato.

OCTAVA. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: La prestación de los servicios de salud objeto del presente proceso de contratación se realizarán en las instalacionès ofrecidas por el **CONTRATISTA**, el cual deberá estar ubicado en el casco urbano del Municipio de Andes - Antioquia de habilitación otorgado por la Secretaría de Salud Departamental y/o Municipal

REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario da 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	[illegible] - 8
Naturaleza Jurídica	Pública
Departamento	Antioquia
Código de Prestador	0503240412 - 01
Nombre del Prestador	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL
Clase de Prestador	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
Empresa Social del Estado	SI
Nivel Atención Prestador	1
Carácter Territorial	MUNICIPAL
Departamento	Antioquia
Código de la Sede	0503240412 - 01
Nombre de la Sede	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL
Gerente	Wendy Carolina Ruiz Ramero
Dirección	AV MEDELLIN # 28-30
Centro poblado	
Teléfono(s)	8427190
Fecha de Apertura	10091017
Municipio	ANDES
Sede principal	SI
Zona	URBANA
Barrio	
Fax	
Correo Electrónico	gestionhospitalsan@hotmail.com

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 07 de mayo de 2025 (10:29 a.m.)

NOVENA. DERECHOS DEL CONTRATISTA: En general, son derechos del **CONTRATISTA**: **1.)** Recibir el pago que en su favor establece el presente contrato. **2.)** Tener acceso a los elementos físicos necesarios para desarrollar el objeto del contrato, en caso que los mismos sean necesarios, y cumplir con sus obligaciones. **3.)** Obtener la colaboración necesaria de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No. 6** para el adecuado desarrollo del contrato.

DÉCIMA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: En general, son obligaciones del **CONTRATISTA:**

1. Suscribir el Contrato
2. Desarrollo y cumplimiento de la Resolución 1403 del 14 de mayo de 2007 Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones.
3. Atención y prestación del servicio de Salud a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional incluidos en el Acuerdo No. 002 del Consejo Superior de Salud de las fuerzas Militares y de la Policía Nacional del 27 abril 2001.
4. El contratista se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6 a prestar únicamente los servicios descritos en el Anexo 9 y/o que correspondan a una atención de baja complejidad basados en el Acuerdo 093 de 08/10/2025 que haya ofertado con sus respectivos Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS), de acuerdo a lo estipulado en la Resolución 2775 de diciembre del 2022. Si el contratista está en condiciones de prestar servicios, procedimientos o ayudas diagnósticas de Niveles más avanzados, que no se encuentren dentro de la atención inicial de urgencias; o que no hayan presentado en la propuesta inicial, éstos se podrán realizar únicamente, previa autorización de referencia y contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6, solicitándola mediante los anexos establecidos por la normatividad vigente, al correo disan.rase6-aut@policia.gov.co, Teléfono 3396652. Para los casos de las remisiones se realizará de acuerdo a lo señalado en la resolución 3047 del 14 de agosto de 2008, debiendo enviar el anexo correspondiente al mismo correo. disan.rase6-aut@policia.gov.co y deant.escop-rem@policia.gov.co.
5. Se precisa, como principio general, que salvo las obligaciones específicamente aquí mencionadas, EL CONTRATISTA como experto de negocio y como especialista en la materia, asumirá los efectos

económicos de todos aquellos sucesos previsibles y de normal ocurrencia para las actividades que son objeto de la presente contratación, por lo tanto, él soportará los riesgos asociados a su tipo de actividad empresarial, y en consecuencia, sólo procederán reclamaciones por hechos o circunstancias imprevisibles no asignadas al contratista en la presente distribución de riesgos de la contratación, y por ende, la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6 no estará obligada a reconocimiento económico alguno ni a ofrecer garantía que permita eliminar, prevenir o mitigar los efectos de los riesgos asumidos por el contratista.

6. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorro reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
7. Realizar los trámites para la legalización del contrato según los tiempos programados en el cronograma, contados a partir de la publicación en el SECOP II de la oficina de contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6.
8. En caso de adjudicarse en algún municipio con un contrato vigente, de atención de servicios o medicamentos sólo se dará carta de inicio al rubro correspondiente al servicio, hasta tanto se haya terminado el contrato vigente.
9. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
10. Se tendrá como tarifa referencia las estipuladas en el manual tarifario SOAT VIGENTE, al momento de la prestación del servicio, sin ser estas excluyentes para la selección del mismo, acogiéndose y cumpliendo con la oferta presentada dentro del proceso de contratación.
11. El Contratista deberá sostener los precios ofrecidos durante el plazo de ejecución del Contrato.
12. El Contratista debe garantizar que el servicio prestado sea acorde con lo contratado con la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 6.
13. Con criterios de oportunidad, entiéndase esta como las urgencias de atención inmediata y los servicios médicos y odontológicos prestación de servicio no superior a 48 horas después de su solicitud; acorde a la necesidad del paciente; ajustar los tiempos de atención y oportunidad al Decreto Ley 019 de 2012.
14. El Contratista deberá prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente la autorización de servicios de salud ambulatorios expedida por la Regional de Aseguramiento en salud N. 6, la cual en su momento puede ser solicitada a través de la secretaria de la estación de Policía del Municipio y/o desde el correo electrónico de cada uno de los funcionarios activos, pensionados o beneficiarios que requieran la atención médica, así mismo, también lo podrá solicitar directamente la entidad prestadora del servicio de salud si lo estima pertinente al correo electrónico deant.rases-sni@policia.gov.co. Cabe resaltar que la dispensación y suministro de medicamentos no requiere de dicha autorización.
15. El Contratista deberá solicitar la autorización para las internaciones posterior a las 6 horas de la atención inicial de urgencias al correo electrónico de la Regional de Aseguramiento en salud N. 6 deant.rases-sni@policia.gov.co, lo anterior con el fin de evitar que las autorizaciones queden extemporáneas a los servicios prestados lo cual es causal de glosa por parte de auditoria médica.
16. Reportar los diez (10) primeros días del mes, la ejecución del contrato cuando el monto ejecutado del contrato llegue al 70% se continuará reportando semanalmente, al correo electrónico deant.rases-niv@policia.gov.co, deant.rases-sni@policia.gov.co diligenciando el siguiente formato:
17. Las cuentas médicas se recibirán de manera física al supervisor del contrato lo cual lo entregará a la ventanilla única de Central de Cuentas de cada unidad de Sanidad, por las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS) la cual entregará la totalidad de los requisitos contenidos en la cláusula forma de pago del respectivo contrato para su radicación. Igualmente se validará la información de los documentos con la suministrada por la IPS en el módulo de radicación de cuentas médicas, como: número consecutivo de factura, concepto, cantidad y valor, previo cumplimiento al literal 1.1.3 en atención a lo descrito en la Guía de Lineamientos para la radicación y obligación de Cuentas Médicas del 18/05/2020 DISAN 1AR-GU-0002, que a la letra dice: "Las facturas que corresponden a servicios médicos por contrato deben ser entregadas en medio físico los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, cuando se trate de documentación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, junto con el certificado de pre-radicado del módulo de radicación de cuentas médicas, en la ventanilla única de Central de Cuentas de donde corresponde la ordenación del gasto.

Contratista:	Nombre o Razón Social
No. del Contrato	Numero Asignado por Contratación
Valor del Contrato	Valor Asignado Incluye adiciones
Fecha del reporte	Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa)
Valor ejecutado	Valor de las actividades que ya se han realizado a la fecha del corte.
Valor Programado	Valor de remisiones que han recibido, pero no se han atendido a la fecha del corte
Saldo	Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado)

18. Una vez agotado el contrato, el Contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, o en los casos expresamente autorizados por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 6. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante y el Contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.
19. Notificar el ingreso por el servicio de urgencias a la institución contratada, de cualquier paciente perteneciente al subsistema de salud de la Policía Nacional a la oficina de referencia y contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6; dentro de las primeras 24 horas posteriores a su ingreso, deberá ser comentado con la Dirección de Sanidad, Teléfonos (1) 5804400 extensiones 7646,7426,7695,7617 Avantel 3504131671 ó 3505546128, o al servicio de Urgencias de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 a los siguientes teléfonos: 3396645 – 3396782, correo disan-griss-aut@policia.gov.co, disan-griss-crf@policia.gov.co o disan-refer-nal@policia.gov.co y solicitar la autorización; con el fin de realizar la respectiva aprobación del servicio o regulación del paciente a la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6.
20. Prestar los servicios de salud contemplados en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (093 de 08/10/2025, limitando el servicio de odontología a lo descrito en el anexo 9), de acuerdo a las necesidades requeridas a todos los afiliados y beneficiarios de la Policía Nacional, que acrediten debidamente su derecho.
21. Atender a los usuarios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, garantizando en el proceso de atención enfoque diferencial utilizando el equipo humano y técnico idóneo (no practicantes) para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.
22. Cuando un paciente se encuentre hospitalizado en la entidad contratada y su estado de salud requiera continuar su recuperación en una institución de nivel de complejidad superior, deberá ser comentado a la oficina de Central de Referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6, Teléfono 3396781 - 3396526 – 3396523 - 3396649 o al servicio de Urgencias de la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6 a los siguientes teléfonos: 3396645 – 3396782, correo disan.rase6-aut@policia.gov.co y deant.escop-rem@policia.gov.co, con el fin de coordinar el traslado del mismo, a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 6 o al nivel que el paciente requiera y/o solicitar la autorización; con el fin de realizar la respectiva aprobación.
23. Cuando el contratista no pueda prestar el servicio al afiliado por la patología que presenta ó remitirlo a la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6, deberá ubicarlo en otra institución donde se le pueda prestar la atención necesaria, además deberá informar a la Oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6, sobre la eventualidad surgida, para efectos de la autorización pertinente.
24. Deberá garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud contratados, cuando en forma transitoria no pueda prestar dichos servicios en su propia red, sin que esto ocasione en forma algún cambio en las tarifas pactadas, evitando así afectar el nivel de accesibilidad a los servicios por parte de los usuarios. Deberá informar de forma escrita a la Jefatura de Establecimientos de Sanidad Policial Nivel I de la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6 sobre la eventualidad surgida.
25. El contratista se compromete a permitir al Auditor Médico de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, asimismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones trimestrales a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando

- Oportunidad de Consulta Odontología general;
- Oportunidad de servicios de imagenología y diagnóstico general radiología simple;
- Oportunidad de servicios de imagenología y diagnóstico especializado TAC (días);
- Oportunidad toma de muestras de laboratorio básico;
- Oportunidad en la realización de cirugía programada;
- Tasa de infección intrahospitalaria;
- Oportunidad consulta de urgencias triage II;
- Razón de Mortalidad Materna (Por cada 100.000 nacidos vivos);
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 100.000 atendidos menores de 5 años;
- Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos).

36. Dar cumplimiento con el respetivo reporte en los primeros 5 días de cada mes de los INDICADORES DE CUMPLIMIENTO POR MOMENTO CURSO DE VIDA EN LA RUTA DE PROMOCION Y PREVENCION PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD, RUTA MATERNO PERINATAL Y LA RUTA DE RIESGO CARDIO CERBRO VASCULAR los cuales están enmarcados por la Res 3280 del 2018. Res 276 del 2019 y los lineamientos técnicos operativos de la ruta de riesgo cardio cerebrovascular.
37. El contratista deberá reportar los primeros 5 días de cada mes los indicadores de Calidad según resolución 256 del 05/02/2016 del Ministerio de Protección Social del sistema de información de calidad al correo deant.espri-rma@policia.gov.co con la información de cada evento adverso relacionado con maternidad. (morbilidad, mortalidad, complicaciones, etc.)
38. El contratista deberá reportar los primeros 10 días de cada mes los indicadores de Calidad definidos en la Resolución No. 00000256 del 05 de febrero de 2016 "por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud."
39. El contratista deberá garantizar, la atención y seguimiento a pacientes (niños, adolescentes y adultos) víctimas de abuso sexual, realizando el debido reporte diligenciando los formatos establecidos por la secretaría Seccional de salud.
40. El servicio debe cumplir con las condiciones de calidad establecidas por la Policía Nacional Regional de Aseguramiento en Salud N. 6, como son:
    - Accesibilidad: Calificada como la facilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios.
    - Oportunidad: Disponibilidad en términos de tiempo, medida entre la fecha de la solicitud del servicio y la fecha de la atención, entiéndase como urgencia atención inmediata y consulta programada que no supere las 24 horas de asignación luego de la solicitud.
    - Continuidad: Característica que evalúa el seguimiento que se le ha dado a la atención brindada, con el fin de garantizar que se dé al usuario el servicio requerido al momento oportuno y en la secuencia establecida.
    - Seguridad: Características de la institución, que permiten garantizar la atención al usuario con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano requerido.
    - Pertinencia: Cumplimiento de las Guías de Manejo, Adoptadas por la institución contratada.
41. Informar semanalmente a la coordinación del contrato de Nivel I de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6, el reporte del total de los UNIFORMADOS ACTIVOS que son excusados o incapacitados por los profesionales dentro de la entidad a contratar; este reporte deberá realizarse al correo electrónico deant.rases-niv@policia.gov.co o al 3396764.
42. El contratista deberá velar por brindar oportunidad y priorización en la atención a toda mujer en condición de gestación a todo niño menor de edad, ancianos mayores de 65 años y usuarios en condición de discapacidad y reportarlos a esta Regional al correo deant.espri-jef@policia.gov.co; deant.rases-sni@policia.gov.co
43. Cumplir con lo establecido en el decreto número 4747 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, artículo 5, Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Son requisitos mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

    Por parte de los prestadores de servicios de salud:

    1) Habilitación de los servicios por prestar, el cual podrá ser verificado por parte del Comité Evaluador designado para el presente proceso a través del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.
    2) Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
    3) Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.

las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.

26. Disponer de un sistema de información histórica que registre de forma individual las actividades desarrolladas, utilizando la Codificación establecida en el Manual Tarifario pactado y con las especificaciones técnicas necesarias para la recolección completa de los datos requeridos en los Registros Individuales de Procedimientos en Salud (RIPS). Y presentarlo como soporte a la facturación, la cual será validada para el pago de la misma, según lo estipula la normatividad vigente resolución 3374 del 2000 y resolución 1531 del 28/04/2014.
27. La facturación se debe presentar por cada una de las atenciones, no se permiten facturas globales de multiusuario, se debe presentar una a una con número de factura aprobado por la DIAN ya que cada atención constituye un título valor independiente.
28. Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente, en la Oficina de Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 ubicada en el cuarto piso de la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6, Cra. 43 Nro. 48 C sur – 45 B/ Primavera del Municipio de Envigado - Antioquia, en el horario 08:00 a 11:30 y 14:00 a 16:30 horas con el fin de garantizar el pago de dicha factura en el mes siguiente de presentada, acompañada de la siguiente información:

    INDICAR EL NÚMERO DEL CONTRATO AL CUAL SE LE ESTÁN CARGANDO LAS FACTURAS, CON EL FIN DE LLEVAR UN CONTROL DE SALDOS PARA AMBAS PARTES.

    - Fecha de prestación del servicio
    - Relación de pacientes atendidos con número de documento de identificación y procedimientos realizados de acuerdo al objeto de los términos de referencia (Registros Individuales de Procedimientos en Salud - RIPS)
    - Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes
    - Anexar la epicrisis de la atención.
    - Indicar en la misma el Número del contrato contra el cual se facturan los servicios.
29. Basado en el Decreto 4747 de 2007 Art. 23, Resolución 3047 de 2008 Anexo Técnico N.6 y la Ley 1438 de 2011 Art. 57, el contratista deberá dar respuesta a las glosas presentadas por el Área de Auditoría de la Regional, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar.
30. Brindar en la prestación de los servicios oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.
31. Es indispensable que el proponente presente el formulario de inscripción expedido por la Dirección Seccional de Salud o Ente Competente, en el cual conste la habilitación para cada uno de los servicios ofertados.
32. Garantizar el envío los días lunes de la información de notificación epidemiológica semanal al correo electrónico deant.escop-epi@policia.gov.co o al Teléfono 339-66-05 (solo se notifica los casos de usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional).
33. El contratista deberá reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES presentados en la ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso.
34. El contratista deberá enviar trimestralmente los indicadores centinelas y las notificaciones obligatorias; de igual forma informar mensualmente los nacidos vivos y nacidos fallecidos este reporte deberá realizarse al correo electrónico; deant.escop-epi@policia.gov.co.
35. El contratista deberá reportar los primeros 5 días de cada mes los indicadores de Calidad según Resolución 1552 de 2013 y la resolución 256 del 05/02/2016 del Ministerio de Protección Social del sistema de información de calidad a los correos deant.rases-sni@policia.gov.co; deant.rases-niv@policia.gov.co; deant.rases-rin@policia.gov.co que le apliquen al contratista según relación:
    - Oportunidad en Consulta Médica General;
    - Oportunidad en Consulta médica especializada – Psiquiatría;
    - Oportunidad en Consulta Médica especializada – Ginecología;
    - Oportunidad en Consulta Médica especializada – Pediatría;
    - Oportunidad en Consulta Médica especializada – Cirugía General;
    - Oportunidad en Consulta Médica especializada – Obstetricia;

4) El contratista podrá realizar sugerencias u observaciones al modelo de Salud definido por el contratante, en caso de considerarlo necesario.
5) Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

44. El contratista deberá verificar en la página del ADRES a los usuarios beneficiarios que soliciten el servicio que no estén afiliados en régimen contributivo identificar la doble afiliación y deberán ser reportados a la Regional de Aseguramiento en Salud N° 6 al correo electrónico deant.rases-afi@policia.gov.co
45. El contratista deberá cumplir con la normatividad ambiental y de saneamiento básico vigente, Decreto 2811 de 1974, Ley 9 de 1979, Decreto 1594 de 1984, Decreto 351 de 2014, Resolución 1164 de 2002, Resolución 2184 del 2019, decreto 4741 del 2005 y las normas universales de bioseguridad conservación del medio ambiente, recursos naturales, participación activa en la prevención de la contaminación, uso racional del agua, la energía, realizar segregación adecuada de residuos hospitalarios y demás actividades que incluyan o relacione su actividad, además de las normas que modifique, reglamente y/o sustituya, así mismo, el contratista se compromete a cumplir con la disposición final de los residuos peligrosos generados por el establecimiento, deberá certificar la recolección y disposición final de estos residuos, con empresas avaladas por la autoridad ambiental competente, el supervisor podrá solicitar en cualquier momento los manifiestos y/o certificados de disposición final.
46. Adoptar la resolución. 3280 del 02/08/2018 sobre la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno-perinatal y se establecen las directrices para su operación. Adecuando la Res 3280 del 2018 como herramienta para la gestión integral del riesgo en salud, asumiendo el riesgo técnico -operativo
47. Garantizar el acceso, continuidad y oportunidad con trato humanizado y digno en la atención de las gestantes sin que medie autorización previa como requisito para la prestación de los servicios contenidos en la ruta integral de atención en salud Materno-Perinatal, tal como se dispone en el artículo 2.5 3.4 7.4 del Decreto 780 de 2016. Y la Ley 2244 del 2022 Dicha solicitud se debe realizar en un plazo máximo de 24 horas posterior a la atención.
48. Gestionar de manera oportuna e inmediata, la contratación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno -Perinatal, garantizando que las consultas, tomo de muestras y dispensación de medicamentos que hagan parte de la misma fase de prestación, se realicen en el mismo lugar de atención o en el lugar de residencia del afiliado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.5 3.4 7.3 del Decreto 780 de 2016.
49. Adaptar sus modelos de atención de acuerdo con las necesidades en salud materna y perinatal, haciendo especial énfasis en las poblaciones que requieran un enfoque diferencial o se ejecuten en territorios con características que limiten el acceso a los servicios.
50. El oferente debe presentar el certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC, donde manifiesta expresamente que no se encuentra incurso dentro de ninguna de las sanciones establecidas dentro del Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana, previo a la presentación de la oferta. En caso de ofertas conjuntas, deberá allegarse el de los representantes legales de cada uno de las sociedades que la conforman y del representante legal de la unión o consorcio o promesa de sociedad futura, de acuerdo al artículo 183 de la Ley 1801 de "Consecuencias por el no pago de multas: Si transcurridos seis meses desde la fecha de imposición de la multa, esta no ha sido pagada con sus debidos intereses, hasta tanto no se ponga al día, la persona no podrá:
    1. Obtener o renovar permiso de tenencia o porte de armas.
    2. Ser nombrado o ascendido en cargo público.
    3. Ingresar a las escuelas de formación de la Fuerza Pública.
    4. Contratar o renovar contrato con cualquier entidad del Estado.
    5. Obtener o renovar el registro mercantil en las cámaras de comercio".

    Se debe anexar la consulta efectuada a través del mecanismo en línea de la página de la Policía Nacional https://srvcnpc.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx
51. El contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".
52. Garantizar las acciones dirigidas a la protección de los niños, niñas y otros grupos de la población contra enfermedades prevenibles mediante la vacunación sin barreras acogiéndose a los lineamientos del ministerio de salud y protección social y el 093 de 08/10/2025 del plan de servicios de las fuerzas militares y Policía Nacional"; garantizando a nuestros usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional las vacunas que se encuentran incluidas dentro del acuerdo 093 del plan de servicios de salud.

En atención a la presente obligación la entidad deberá:

A. Modalidad de prestación del servicio:
El contratista deberá certificar y garantizar 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.

B. Soportes técnicos y operativos:
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, asegurando el cumplimiento de los estándares técnicos y de seguridad exigidos por la normatividad vigente "LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI – 2025".

C. Gestión del talento humano:
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.

D. Registro y seguimiento de inventario de biológicos:
Por parte del área contratante, se debe establecer el cumplimiento del registro oportuno y completo en PAIWEB 2.0 o en el sistema que la entidad disponga, con el fin de realizar el adecuado inventario, trazabilidad y control de los biológicos administrados. De Lo cual debe cada trimestre (marzo, junio, septiembre, diciembre) enviar al correo deant.escop-vac@policia.gov.co, la información correspondiente a los registros realizados de la vacunación a usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional.

53. Cláusula de Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.
54. Cláusula de Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.
55. Cláusula de Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.
56. La entidad deberá garantizar el plan o protocolo de contingencia para los eventos en que no pueda prestar el servicio por sí mismo.
57. El contratista deberá implementar y cumplir con el seguimiento a los lineamientos establecidos en la Resolución 2471 del 2022 del Ministerio de Salud y Protección social, "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos para los Programas de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS y de Optimización del Uso de Antimicrobianos — PROA y se dictan disposiciones para su implementación". La cual es de obligatorio cumplimiento para todos los niveles de complejidad, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección social. Para lo cual la Regional de Aseguramiento en Salud N° 6 dispone de los correos electrónicos deant.rases-jpl@policia.gov.co y deant.rases-ars@policia.gov.co para el envío de la información.
58. El contratista al momento de inicio de la ejecución del contrato, deberá relacionar y adjuntar en una carpeta la información del talento humano que prestan los servicios en su entidad para la debida verificación en RETHUS.
59. El contratista, de conformidad con los requerimientos del supervisor del contrato, y con el fin de garantizar los lineamientos para la gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones - PAI 2025, debe certificar y garantizar: 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.

60. En caso de ser necesario, durante la ejecución del contrato, el supervisor podrá requerir al contratista los soportes de la póliza de responsabilidad civil, así como los certificados de mantenimiento y calibración de los equipos de cadena de frío, los cuales el contratista deberá tener al día.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS

1. El contratista está obligado a brindar calidad y excelencia en el suministro y dispensación informada de los medicamentos a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, de acuerdo a los parámetros del contrato.
2. Deberá respetar los parámetros y condiciones exigidos por la Institución, garantizando un buen servicio a los usuarios pertenecientes al Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
3. Los medicamentos que se contratarán con la entidad serán los establecidos en el Acuerdo 080 CSSMP del 27 de mayo de 2022; para la entrega de los medicamentos de Nivel ALTO, se realizara con previa autorización de la Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6, anexando formula expedida por el especialista.
4. Los medicamentos especializados que sean ordenados por el grupo de promoción y mantenimiento en salud, medicina general y/o especialistas que están relacionados en el anexo correspondiente, podrán ser despachados presentando la fórmula medica original por el personal profesional de nuestra red propia o contratada, siempre y cuando no exceda los 30 días calendario desde la fecha de prescripción en los casos en que sea necesario completar un esquema de tratamiento.
5. Los medicamentos que se suministren y dispensen a los usuarios afiliados al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, deben de ser de buena calidad, certificados por el INVIMA, y normas de buenas prácticas de manufactura, con una oportunidad máxima de TREINTA (30) minutos, luego de la solicitud por parte del usuario.
6. La entidad deberá contar en el punto de dispensación del municipio ofertado, la disponibilidad de una línea telefónica como mínimo para la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
7. La entidad a contratar, deberá garantizar la atención para el suministro y dispensación de medicamentos en el municipio, los días hábiles con un horario mínimo de atención de 8 horas.
8. La entidad contratada para el suministro de medicamentos de uso ambulatorio tendrá como característica esencial, la oportunidad, calidad de atención y eficiencia del servicio prestado al usuario de acuerdo a los principios y criterios del Subsistema de salud de la Policía Nacional, para ello el contratista deberá conocer el Acuerdo 080 de 2013 en el cual se define los medicamentos incluidos en el vademécum de la Policía Nacional y el Instructivo 028 del 07 de julio de 2020 Dirección de Sanidad "Por el cual se imparten lineamientos técnicos para la contratación del suministro de medicamentos en las Unidades Desconcentradas".
9. El contratista debe dispensar los medicamentos siempre y cuando el usuario presente la fórmula original.
10. Facturar los medicamentos dispensados de acuerdo a lo pactado con la entidad al momento de firmar el contrato.
11. Tarifas Propias Institucionales.
12. Una vez agotado el contrato, el contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el jefe de la regional de aseguramiento en salud N. 6. los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.
13. Deberá garantizar la continuidad en la prestación de la dispensación de los medicamentos, cuando en forma transitoria no pueda prestar dichos servicios en su propia red, sin que esto ocasione en forma algún cambio en las tarifas pactadas. Deberá informar de forma escrita a la Jefatura de Establecimientos de Sanidad Policial Nivel I, de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 6 sobre la eventualidad surgida.
14. Condiciones adicionales de garantía de calidad en el servicio:
    - Registro Sanitario

    Los medicamentos a contratar deben cumplir con los registros sanitarios INVIMA vigentes y actualizados, durante la ejecución del contrato, lo anterior será objeto de verificación por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 6, una vez adjudicado el contrato.

Cuando el Registro Sanitario se encuentre en trámite de renovación o modificación, se debe anexar la copia de las respectivas autorizaciones o de las solicitudes efectuadas ante el INVIMA, conforme lo establecen los artículos 17 y 18 del Decreto 677 de 1995 del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, así como la copia del Registro Sanitario vencido. No se tendrán en cuenta los documentos de solicitud de renovación que estén radicados por fuera de los términos de tiempo establecidos en el Decreto 677 de 1995 del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social.

Nota: Se exceptúan de este requisito los medicamentos comercializados por el Fondo Nacional de Estupefacientes, Medicamentos Vitales no Disponibles y las drogas blancas.

- Estabilidad

El contratista garantizará que los medicamentos mantendrán sus características de calidad, teniendo en cuenta las condiciones de almacenamiento indicadas por el fabricante, durante el periodo de vida útil.

- Garantía

La fecha de vencimiento de los medicamentos entregados durante la fase de ejecución del futuro contrato no será inferior a un año. Cuando técnicamente no sea posible cumplir esta condición, la fecha de vencimiento en ningún caso podrá ser inferior al 75% de la vida útil del medicamento entregado y no presentarse este hecho como una constante.

FICHA TÉCNICA CONDICIONES GENERALES DE CALIDAD

A. Sistema de Calidad

1. PROCESOS: El contratista deberá contar con la implementación del proceso de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en la Resolución 2680 de 2007, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social en especial lo estipulado en la Resolución 1403 de 2007.
2. GESTION DE CALIDAD: El contratista tendrá la responsabilidad de desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar el Sistema de Gestión de la Calidad de conformidad con los Decretos 2200 de 2005 y la Resolución 2680 de 2007 o las normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan, y que contemple los aspectos especificados en el artículo 17 de la Resolución 1403 de 2007.
3. CONTROL TÉCNICO: el contratista llevará a cabo el control técnico de las actividades permanentes pertenecientes al proceso de almacenamiento, de lo cual llevará registro escrito para su verificación. Los registros de dicho control deberán incluir las actividades de recepción técnica que garanticen la trazabilidad de los medicamentos desde la entrega por parte de la bodega principal y continuando a lo largo de la cadena logística del contratista hasta el punto de dispensación.
4. EVALUACIÓN DEL SERVICIO: El Contratista evaluará como mínimo en su operación logística los siguientes aspectos:

- Eficiencia. Si el servicio se realizó de acuerdo a la mejor relación costo-resultados.
- Eficacia. Si los resultados previstos fueron alcanzados en términos de cantidad y calidad.
- Efectividad. Si los resultados fueron congruentes con las demandas, apoyos y necesidades de los usuarios.

B. Recurso Humano

1. MECANISMOS DE FORMACIÓN CONTÍNUA.- En las políticas y programas de mejoramiento continuo se incluirán mecanismos que promuevan y fomenten la reeducación, actualización, capacitación, adiestramiento, motivación y comunicación efectiva del recurso humano del servicio farmacéutico, así como programas de trato humanizado que garanticen la conservación del clima de respeto, trato cordial y actitud amigable para con los usuarios y los compañeros de trabajo por parte del personal contratado, así como la correcta presentación personal. Los contenidos de los programas tendrán en cuenta el desarrollo de los métodos pedagógicos y el avance tecnológico de los medicamentos y las ciencias farmacéuticas dedicadas a los servicios de salud y capacitarán al recurso humano para la solución efectiva de los problemas del Servicio Farmacéutico.
2. IDONEIDAD: el contratista verificará que la entidad prestadora del servicio cuente con recurso humano que cumpla con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones y especialidades formalmente reconocidas por el Estado.

C. Instalaciones

El contratista verificará que se cumplan los siguientes requisitos técnicos:

1. Cumplimiento de los REQUISITOS TÉCNICOS MÍNIMOS DE DISPENSACIÓN Y DISTRIBUCIÓN, de acuerdo al tipo de punto de dispensación además de: CONDICIONES EXTERNAS: el edificio donde se ubica el punto de dispensación presenta buen estado de conservación, con áreas adyacentes limpias, sin fuentes de polución, contaminación ambiental o sonora cercanas a las instalaciones.

2. AREAS: Cumplimiento de los REQUISITOS TÉCNICOS MÍNIMOS DE DISPENSACIÓN Y DISTRIBUCIÓN, de acuerdo al tipo de punto de dispensación, además de: CONDICIONES GENERALES: existe protección contra la entrada de roedores, insectos, aves y otros animales.
3. SANEAMIENTO Y CONTROL DE PLAGAS: se tienen procedimientos escritos y registros de saneamiento y control de plagas con materiales aprobados por el Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, que no implican riesgo de contaminación de equipos y productos.

D. Aseo

1. El personal que dispensa los medicamentos no deberá llevar a cabo actividades de aseo de las instalaciones, el contratista deberá verificar que se disponga de personal independiente para estas actividades que cumpla la normatividad vigente al respecto.
2. CONDICIONES DE LAS ÁREAS DE ALMACENAMIENTO. - Las áreas de almacenamiento deben cumplir básicamente con las especificaciones Control y gestión de calidad durante el proceso de almacenamiento. El servicio farmacéutico contará con criterios, técnicas y métodos que permitan continuamente controlar, evaluar y gestionar la calidad durante el proceso de almacenamiento de medicamentos de conformidad con el Decreto 2200 de 2005 y demás normas que regulen la materia, y que contengan como mínimo las actividades descritas en el numeral 3 del Capítulo II PROCEDIMIENTOS PARA LOS PROCESOS GENERALES del MANUAL DE CONDICIONES ESENCIALES Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO adoptado por la resolución 1403 de 2007.

E. Dotación

1. MUEBLES: el contratista verificará que se disponga de columnas de almacenamiento para la clasificación y almacenamiento de medicamentos en todos los puntos, así como nevera con especificaciones técnicas para la refrigeración de medicamentos de uso exclusivo para éstos.
1. Brindar en la prestación de los servicios oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.
2. El servicio debe cumplir con las condiciones de calidad esperadas por la POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD ANTIOQUIA, como son

- Accesibilidad. Calificada como la facilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios.
- Oportunidad. Disponibilidad en términos de tiempo, dispensación del medicamento en el lapso veinte minutos, después de haber sido entregada la formula al profesional de la farmacia.
- Continuidad. Característica que evalúa el seguimiento que se le ha dado a la atención brindada, con el fin de garantizar que se dé al usuario el servicio requerido al momento oportuno y en la secuencia establecida.
- Seguridad. Características de la institución, que permiten garantizar la atención al usuario con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano requerido.
- Pertinencia. Cumplimiento de las Guías de Manejo, Adoptadas por la institución contratada.

3. CAUSALES DE NO PAGO: EL CONTRATANTE, no cancelará las fórmulas manuales dispensadas que presenten las siguientes fallas según la codificación asignada:

CÓDIGO	CAUSAL
001	Entrega realizada a usuario que no se encuentra en la base de datos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía o que no acredita el derecho.
002	Medicamento entregado con formula médica que no corresponde al formato impreso del SISAP o al formato establecido por la Regional o Área de Sanidad para diligenciamiento manual. (Cuando aplique)
003	Fórmula manual con letra ilegible, y/o escrita a lápiz y/o con tachaduras, enmendaduras
004	Fórmula elaborada en un formato diferente al de las instituciones con las cuales se tiene contratada la prestación de servicios médicos y odontológicos en los respectivos municipios de Antioquia.
005	Fórmula diligenciada de forma incompleta, por falta de: ◆ Nombre y firma del profesional de salud tratante con su respectivo número de registro profesional ◆ Lugar y fecha de la prescripción. ◆ Nombre del paciente y documento de identificación. ◆ Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). ◆ Concentración y forma farmacéutica, vía de administración, dosis y frecuencia de administración, cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento en número y letra. ◆ Laboratorio que fabricó el medicamento.
006	Falta de nombre, apellidos y documento de identidad de quien recibe los medicamentos.
007	Medicamento despachado que no corresponde al Vademécum contratado, o si es fuera de Vademécum no se encuentra autorizado por el Comité Técnico Científico de la DISAN y/o autoridad competente (Tutela).
008	Cantidad entregada de medicamento, superior a la descrita en la fórmula que no corresponda al múltiplo superior autorizado. (Dosis mínima de dispensación según presentación comercial)
009	Entrega de medicamento de presentación, concentración o forma farmacéutica diferente al formulado. Sin perjuicio de las sanciones de orden legal a que haya lugar por los daños que se puedan ocasionar al paciente, de lo cual será responsable el CONTRATISTA.
010	Mayor valor cobrado, en cuyo caso no se paga la diferencia respecto del valor pactado o autorizado.
011	Cuando se presente relacionada la entrega de un medicamento y no se anexe la fórmula médica.

012	Cuando se facture un medicamento que no ha sido efectivamente entregado (ejemplo: fórmula con sello de pendiente y facturado, fórmula con entrega parcial y facturado en su totalidad.

4. Cumplir con la Resolución 371 del 26 de febrero del 2009 Por la cual se establecen los elementos que deben ser considerados en los Planes de Gestión de Devolución de Productos POS consumó de Fármacos o Medicamentos Vencidos:
ARTÍCULO CUARTO. De los distribuidores y comercializadores. Para efectos de los Planes de Gestión de Devolución de Productos POS consumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos, son obligaciones de los distribuidores y comercializadores las siguientes:

   a. Formar parte de los Planes de Gestión de Devolución de Productos POS consumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos y participar en la implementación de dichos Planes.
   b. Aceptar la devolución de los residuos de medicamentos o fármacos vencidos que desee devolver el consumidor final, sin imponerles obligación alguna.
   c. Informar a los usuarios y consumidores sobre los riesgos para la salud y el ambiente de los fármacos o medicamentos vencidos, las recomendaciones para su manejo seguro y sobre el mecanismo para la devolución de estos residuos, suministrada por el fabricante o importador.
   d. Tener a disposición sin costo alguno para los fabricantes e importadores un espacio para los recipientes o elementos necesarios para que los consumidores finales o residenciales de medicamentos depositen los medicamentos vencidos.
   e. Garantizar la seguridad de los recipientes o elementos que se coloquen para la recolección de medicamentos de los usuarios finales.
   f. Llenar las planillas y documentos que los fabricantes o importadores dispongan para el control de los medicamentos que se recojan dentro del plan POS consumo de fármacos o medicamentos vencidos.

DÉCIMA PRIMERA. DERECHOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6: Supervisar el desarrollo y ejecución del presente contrato, y acceder a los documentos e información que soportan la labor del **CONTRATISTA**.

DÉCIMA SEGUNDA: OBLIGACIONES DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6: **1.** Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado. **2.** Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un supervisor, a través de quien la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**. **3.** Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar. **4.** Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA**, cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico. **5.** Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el supervisor dará aviso oportuno a la POLICÍA NACIONAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento. **6.** Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto. **7.** Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato. **8.** Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual. **9.** Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales. **10.** Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

DÉCIMA TERCERA. RESERVA DEL CONTRATO. El **CONTRATISTA** se obliga para con la **NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** a no

suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y a mantener como documentación reservada, todos los aspectos que conozca en el cumplimiento del presente contrato, así como los asuntos técnicos e instalaciones de la Policía Nacional, conocidos o que llegaren a ser conocidos por el **CONTRATISTA**, durante el desarrollo con posterioridad a la ejecución del contrato. Igualmente, y en virtud de lo previsto en el artículo 133 de la Ley 1474 de 2011, queda expresamente prohibida la promoción o recibimiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas, sean estas en dinero o en especie

DÉCIMA CUARTA. MECANISMO DE COBERTURA DEL RIESGO A CARGO DEL CONTRATISTA: En atención a lo estipulado en el artículo 7 de la Ley 1150 de 2007, donde se establece que las garantías no son obligatorias en contratos de empréstito, interadministrativos, en los de seguros y en los contratos cuyo valor es igual o inferior al 10% de la menor cuantía, no se exigirán garantías para el presente contrato.

DÉCIMA QUINTA. EL **CONTRATISTA** se obliga a mantener indemne a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.

DÉCIMA SEXTA. SANCIONES: Las partes convienen en establecer las siguientes formas de sancionar el incumplimiento de las obligaciones, adquiridas por el **CONTRATISTA** en virtud del presente contrato, así: **a) MULTAS**.- En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables el **CONTRATISTA** –salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a las definiciones del artículo 1° de la Ley 95 de 1890– las partes acuerdan que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** mediante acto administrativo, afectará al **CONTRATISTA** con multas, siguiendo el procedimiento establecido en la Resolución 04122 del 15 de noviembre de 2011 DIPON, cuyo valor se liquidará con base en el CERO PUNTO CINCO por ciento (0,5%) del valor dejado de entregar, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario, dependiendo de la gravedad del incumplimiento evaluada por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6**. En caso de incumplimiento no valorable en días, se impondrá una multa de hasta el CINCO por ciento (5%) del valor del contrato, dependiendo de la gravedad del incumplimiento evaluada por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6**. Esta sanción se impondrá conforme a la ley y se reportará a la Cámara de Comercio competente de conformidad con lo previsto en el artículo 6° de la Ley 1150 de 2007. **b) MULTA POR LA MORA EN LA CONSTITUCIÓN DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN Y LEGALIZACIÓN:** Cuando el **CONTRATISTA** no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única, en caso de existir, y/o alguno de los requisitos de legalización, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** podrá mediante acto administrativo afectar al **CONTRATISTA** con multa, cuyo valor se liquidará con base en un CERO PUNTO DOS por ciento (0,2%) del valor del contrato, por cada día de retardo y hasta por cinco (05) días, el **CONTRATISTA** expresamente autoriza a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** para que le descuente el valor de las multas de los saldos que tenga a su favor o se le adeuden. **c) PENAL PECUNIARIA**. - En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, el **CONTRATISTA** pagará a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6**, a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al VEINTE por ciento (20%) del valor del contrato cuando se trate de incumplimiento total del contrato y proporcional al incumplimiento parcial del contrato que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo

a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el literal a) del presente artículo. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause a la **NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6**. No obstante, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en el presente contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: El procedimiento para la imposición de las multas y sanciones, se sujetará a lo previsto en el numeral 2 del Capítulo VIII de la Resolución No. 03049 del 30/07/2014 *por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*, modificada parcialmente por la Resolución No. 00090 del 15/01/2018 y/o aquel que lo modifique, adicione o complemente.

PARÁGRAFO SEGUNDO. **APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen alguna de las sanciones antes descritas, el **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que el **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del **CONTRATISTA** si los hubiere, o acudir a la jurisdicción coactiva.

DÉCIMA SÉPTIMA. CADUCIDAD ADMINISTRATIVA: Si se presenta algún hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato y evidencie que puede conducir a su paralización, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** por medio de acto administrativo debidamente motivado podrá decretar la caducidad y ordenar la liquidación en el estado en que se encuentre, todo de conformidad con lo previsto en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993. Ejecutoriada la resolución de caducidad, el contrato quedará definitivamente terminado y el **CONTRATISTA** no tendrá derecho a reclamar indemnización alguna. La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6**, hará efectivo el valor de la pena pecuniaria, y procederá a su liquidación. Para efectos de esta liquidación, el **CONTRATISTA** devolverá a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** los dineros que hubiere recibido por concepto del presente contrato, previa deducción del valor de los servicios prestados por aquel y recibidos a satisfacción por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** de conformidad con lo establecido en la cláusula primera del presente contrato. En el acta de liquidación se determinarán las obligaciones a cargo de las partes, teniendo en cuenta el valor de las sanciones por aplicar o las indemnizaciones a cargo de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6**, si a esto hubiere lugar, y la fecha de pago.

DÉCIMA OCTAVA. OTRAS FACULTADES EXCEPCIONALES: En caso de presentarse cualquiera de las circunstancias establecidas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993, debidamente establecidas y documentadas, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** podrá hacer uso de las facultades excepcionales allí previstas, en caso que las mismas resulten aplicables.

DÉCIMA NOVENA. MONEDA DEL CONTRATO: La moneda del presente contrato es PESOS COLOMBIANOS.

VIGÉSIMA. CESIONES Y SUBCONTRATOS: El **CONTRATISTA** no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin previa autorización escrita la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6**, pudiendo esta reservarse las razones que tenga para negar dicha autorización. La celebración de subcontratos no relevará a el **CONTRATISTA** de las responsabilidades que asume en virtud del presente contrato. La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6** no adquirirá relación alguna con los Subcontratistas

VIGÉSIMA PRIMERA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: El **CONTRATISTA** declara bajo la gravedad del juramento, la cual se entenderá cumplida con la suscripción del presente Contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad señaladas en la ley.

VIGÉSIMA SEGUNDA. SUSPENSIÓN TEMPORAL: Las partes podrán suspender temporalmente el plazo de ejecución del contrato, cuando se presenten causas que impidan la ejecución temporal o transitoria, por ocurrencia de un imprevisto o hecho inevitable, una vez establecida en debida forma la causal se suscribirá un acta entre las partes, donde conste el evento, su causa, el término de la suspensión y aquellas previsiones que se consideren necesario consignar. El tiempo de suspensión no se computará para los efectos del plazo extintivo del presente contrato. Para el reinicio de la ejecución y, superada la situación que originó la suspensión del plazo de ejecución, se suscribirá la correspondiente acta de reinicio.

VIGÉSIMA TERCERA. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS: Si con ocasión del desarrollo y ejecución del contrato, sugieren diferencias o discrepancias entre las partes, estas se comprometen a utilizar los mecanismos de solución directa previstos en la Ley 1564 de 2012, Ley 2220 de 2022 y demás normas vigentes en materia de conciliación extrajudicial en asuntos contencioso administrativos. La conciliación extrajudicial en asuntos contencioso administrativos se guiará por los principios generales previstos en el artículo 91 de la Ley 2220 de 2022, así como por los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política. Igualmente, serán aplicables los principios de que trata el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo en cuanto resulten compatibles con la naturaleza y características de este mecanismo alternativo de solución de controversias.

VIGÉSIMA CUARTA. PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN: Para el perfeccionamiento del presente Contrato se requiere de las firmas de las partes. Para su legalización se requiere el correspondiente registro presupuestal Para su ejecución se requiere de la expedición de la carta de inicio.

VIGÉSIMA QUINTA. DOCUMENTOS: Entre otros, los documentos que a continuación se relacionan se consideran para todos los efectos parte integrante del presente contrato y en consecuencia producen sus mismos efectos u obligaciones jurídicas y contractuales: **a)** Invitación a Presentar Oferta. **b)** Propuesta del **CONTRATISTA**, publicada en el expediente electrónico del proceso: página web de Colombia Compra Eficiente – Portal Único de Contratación Estatal – Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II. **c)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal y el Registro Presupuestal que amparan el contrato. **d)**. Documentos que suscriban las partes. **f)** Anexos de este contrato.

VIGÉSIMA SEXTA. IMPUESTOS: El **CONTRATISTA** pagará todos los impuestos, tasas, contribuciones y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la ley colombiana.

VIGÉSIMA SÉPTIMA. LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO: El presente Contrato se podrá liquidar de conformidad con lo señalado en los artículos 60 de la Ley 80 de 1993 y artículo 11 de la Ley 1150 de 2007 y/o aquellas que la modifiquen, adicionen, complementen o deroguen.

VIGÉSIMA OCTAVA. VEEDURÍAS CIUDADANAS: El presente contrato está sujeto a la vigilancia y control ciudadano, en los términos que señala el artículo 66 de la Ley 80 de 1993.

VIGÉSIMA NOVENA. RÉGIMEN LEGAL: Este contrato se regirá por el Estatuto General de Contratación Administrativa vigente y sus decretos reglamentarios, las leyes de presupuesto, en general las normas civiles y comerciales vigentes, las demás normas concordantes que rijan o lleguen a regir los aspectos del presente contrato y las disposiciones de la Policía Nacional que apliquen.

TRIGÉSIMA. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: El **CONTRATISTA** acepta ser notificado por medio electrónico, según lo señalado en el numeral 1) del artículo 67 de la Ley 1437 de 2011 *Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo*.

TRIGÉSIMA PRIMERA. DOMICILIO CONTRACTUAL: Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Envigado – Antioquia. Para constancia de lo anterior, se firma en un (1) original en Envigado – Antioquia el 13-05-2026

EL CONTRATANTE

Teniente Coronel LILIANA ANDREA GIRALDO MEDINA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 6

EL CONTRATISTA

Señora LUIS FABIAN OTERO LOPEZ
Representante Legal E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL

Elaboró: Subintendente ANSELA MARCELA CANO VELEZ
Responsable de Estudios Previos RASES No. 6

Revisó Intendente Jefe JUAN DIEGO SÁNCHEZ FLÓREZ
Jefe Grupo de Contratos RASES No. 6

Revisó: Mayor YURY LORENA RAMIREZ ZUÑIGA
Jefe Área Logística y Financiera RASES No. 6

Revisó: Intendente EDWAR ANDRES LOPEZ GARCIA
Jefe Grupo Asuntos Jurídicos RASES No. 6 (E)

Revisó: Abogado RUBÉN DARÍO HINCAPIÉ ARROYAVE
Asesor Jurídico RASES No. 6

Fecha de Elaboración:
Ubicación D contratos 2026

ANEXO
DATOS DEL CONTRATO

CONTRATO	No. 65-5-20071-26
CONTRATANTE	LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 NIT. 811.032.059-3
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO	Teniente Coronel LILIANA ANDREA GIRALDO MEDINA
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	C.C. 52.803.070 expedida en Bogotá D.C.
CARGO	Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 6
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Orden Interna de Personal DISAN No. 011 del 20/01/2025 expedida por el Director de Sanidad de la Policía Nacional
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	Resolución No. 00502 del 05/03/2026 *"Por la cual se delega la ordenación del gasto y competencias propias de la Gestión Contractual y Convenios en la Policía Nacional de Colombia, y se dictan otras disposiciones"* expedida por el Director General de la Policía Nacional de Colombia
CONTRATISTA	**Entidad:** E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL. **NIT:** 890980814-1 **Representante Legal:** **LUIS FABIAN OTERO LOPEZ** **Cedula de Ciudadanía:** 10.951.563 expedida en Planeta Rica -Cordoba. **Dirección:** Avenida No. 48-20 del barrio ANDES en Andes - Antioquia **Teléfonos:** 3103886785 **E-mail:** gestiondocumental@hospitaldeandes.gov.co
CONSIDERANDOS	Que el presente contrato se deriva del proceso de Contratación Directa – Interadministrativo PN RASES 6 CD IA 074-2026.
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El supervisor del contrato será el Responsable de planeacion de la UPRES -DEANT, quien hagas sus veces o a quien con posterioridad designe la Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 6, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución No. 00090 del 15/01/2018 *por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014 expedida por el Director General de la Policía Nacional* y/o aquellas que la modifiquen, adicionen, complementen o deroguen.
CLAUSULA PRIMERA. - OBJETO	El objeto del presente contrato es: 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 ANDES - ANTIOQUIA
CLAUSULA TERCERA. - VALOR	Para efectos legales, fiscales y presupuestales, el valor del contrato asciende a la suma de DIECISIETE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($17.000.000,00) correspondientes a la vigencia presupuestal 2026 ***PARÁGRAFO PRIMERO:*** Consultar listado de servicios contratados en el *Anexo "Oferta Económica"* de este contrato. ***PARÁGRAFO SEGUNDO:*** Todos los precios aquí contemplados se entienden firmes y fijos y por lo tanto no están sujetos a ninguna clase de reajuste. Igualmente, dentro de este precio están incluidos los

	costos proyectados al plazo de ejecución del presente contrato y la utilidad razonable que el **CONTRATISTA** pretende obtener, en consecuencia, no se aceptarán solicitudes de reajustes, fundamentados en estas circunstancias.
CLAUSULA CUARTA. - FORMA DE PAGO	**La Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6)** efectuará el pago en cumplimiento del numeral 4 del artículo 2.5.3.4.2.3 del Decreto 441 de 2022 *Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud* que a la letra dicta: *...4. Pago por evento: Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona...* Además, de los siguientes enunciados: 1. El pago se realizará en moneda legal colombiana, en forma mensual, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio, radicación en la Oficina de Central de Cuentas de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6)**, junto con el Recibido a Satisfacción (RAS) suscrito por el supervisor del contrato, con los documentos requeridos por la Regional de Aseguramiento en Salud No 6, de acuerdo al derecho a turno y al Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC). 2. Si los documentos en referencia son devueltos por la **RASES 6**, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Oficina de Central de Cuentas de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6)** se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las inconsistencias y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado. 3. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del **CONTRATISTA**, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en caso de que el **CONTRATISTA** no elabore y presente los respectivos soportes a la Oficina de Central de Cuentas de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6)**. 4. Las facturas deben ser entregadas con los siguientes soportes y requisitos: ¬ Ser entregadas en medio físico los primeros cinco (10) días hábiles de cada mes (cuando se trate de facturación de servicios sin respaldo presupuestal – urgencia médica deben ser entregadas en medio físico los primeros 10 días calendario de cada mes). Si el **CONTRATISTA** no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente. La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los veintidós (22) días posteriores a la prestación de los servicios. ¬ Ser entregadas junto con el certificado de pre-radicado del Módulo de Radicación de Cuentas Médicas impreso como tapa de las facturas a entregar, es un solo pre-radicado por la cantidad de facturas que se carguen. ¬ Ser entregadas junto con los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en medio magnético (CD), en la Oficina de Central de Cuentas de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6)**, De acuerdo a la Ley 594 del 2000 *Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones*, las facturas deben estar legajadas a tamaño oficio, con gancho totalmente plástico y máximo hasta 250 folios (sin enumerar), en carpetas yute o propalcote. ¬ No se permiten facturas de multiusuarios.

- Facturar los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos según la tarifa presentada por la entidad en la oferta económica contratada.
- Original de la Autorización de Servicio Externo (orden) expedida por los funcionarios de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6).**
- Las entidades que son SIN ÁNIMO DE LUCRO deben anexar copia del acto administrativo y calificación o readmisión expedido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN, donde le confirma la permanencia de entidad SIN ÁNIMO DE LUCRO.
- Certificado de Parafiscales dirigido a la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 6**, con fecha igual o posterior a la de emisión de las facturas, informando que el **CONTRATISTA** se encuentra a paz y salvo, firmado por el Representante Legal y/o Revisor Fiscal según aplique y corresponda de acuerdo a la Ley 1607 de 2012.
- Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura electrónica de venta y debe estar pre-impresa.
- Identificación del prestador de Servicios: debe indicarse claramente apellidos, nombre o razón social y NIT del prestador, debe estar pre-impreso.
- Debe dirigida a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 identificada con número de identificación tributaria No. 811.032.059-3
- Firma del usuario que recibió los servicios o el acompañante (en caso de no contar con esta firma debe tener comprobante de recibido del servicio por parte del paciente).
- Numeración consecutiva: numeración consecutiva pre-impresa que debe corresponder a la numeración autorizada por la DIAN (algunos prestadores para diferenciar las facturas por rubros emplean prefijos alfabéticos, pero estos no deben exceder las cuatro letras).
- Fecha de su expedición: que corresponda a la prestación del servicio.
- Descripción detallada de los servicios prestados: relación pormenorizada de los servicios prestados al usuario, discriminando el valor unitario de los servicios y la cantidad de los mismos.
- Valor total de los Servicios: sumatoria de los valores totales por servicio.

5. Información de FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

La factura electrónica debe ser presentada de acuerdo a la Resolución 000165 del 01/11/2023 Por la cual se desarrolla el sistema de facturación, los proveedores tecnológicos, se adopta la Versión 1.9 del Anexo Técnico de Factura Electrónica de Venta, se expide el Anexo Técnico 1.0 del documento equivalente electrónico, y se dictan otras disposiciones en materia del sistema de facturación, modificada por las Resoluciones No. 000008 del 31/01/2024, la No. 000119 del 30/07/2024, la No. 000189 del 30/10/2024 y la No. 000202 del 31/03/2025 expedidas por el Director General de la Unidad Administrativa Especial de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN y a la CIRCULAR EXTERNA 016 del 9 de marzo de 2021 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y Notas Crédito expedida por la Administración del Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF NACIÓN , que a la letra dice:

La Administración del SIIF Nación implementó el "Modelo de Recepción de Facturas de Venta, Notas Débito y/o Notas Crédito", el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las Entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación (PGN), de conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020.

Aquellos Proveedores o Contratistas que tengan identificado en el RUT la responsabilidad 52 – Facturador electrónico (emisor), deberán entregar factura electrónica de venta por los bienes y/o servicios ofrecidos a las entidades del ámbito SIIF Nación, como también las notas débito y/o notas crédito, a través del buzón dispuesto para el efecto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para lo cual la información tributaria de los terceros creados en el SIIF Nación se actualizará con base en los datos de la DIAN mediante un Servicio Web.

Así las cosas, las entidades ejecutoras del PGN, al realizar el registro de la obligación o del egreso de una caja menor, el sistema identificará si el tercero beneficiario de la misma es sujeto a facturar electrónicamente, y al verificarlo solicitará la consulta y vinculación de la(s) factura(s) electrónica(s) de venta en estado "Aprobada" (s) por el supervisor y/o tácitamente, según lo define la norma, para continuar con el proceso de pago.

...

I. ACTIVIDADES Y ROLES QUE SE DEBEN CONSIDERAR EN EL PROCESO DE RECEPCIÓN

A continuación, se describen las actividades de cada uno de los roles que intervienen en el proceso:

A) Contratista o proveedor (emisor).

1. *Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN.*

2. *Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.*

3. *Diligenciar en el asunto o en la sección de la factura Notas, lo siguiente: #$ luego el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o cuentadante de caja menor, finalizando con #$, debidamente separados por punto y coma, según ej. adjunto.*

#$15-03-00; Contrato; PedroPerez@ entidadpgn.gov.co #$
ó
#$02-01-01; Contrato; centralizada@entidadpgn.gov.co #$

4. *Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.*

5. *Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento zip.(PDF, XML).*

6. *Enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o cuentadante de caja menor, debidamente separados por punto y coma, según ej. adjunto:*

#$15-03-00; Contrato; PedroPerez@ entidadpgn.gov.co #$
ó
#$02-01-01; Contrato; centralizada@entidadpgn.gov.co #$

***Nota Importante:** De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin.*

7. *La factura se puede direccionar a la entidad del PGN o al supervisor del contrato, según el esquema que la entidad establezca para la recepción de la factura electrónica, siempre y cuando se diligencien los datos requeridos en el numeral 3 o en el numeral 6 o en los dos, y, de no registrarse dicha información en alguna de estas dos opciones, la factura será devuelta al correo registrado en el numeral 2, es decir, al correo electrónico registrado en los datos del emisor en el documento electrónico.*

La facturación electrónica debe estar dirigido a nombre de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 identificada con el NIT. 811.032.059-3, junto con los soportes establecidos en la Resolución 2335 de 2023 expedida por el Ministerio de la Protección Social, y/o las normas que las adicione, modifique o sustituya, para realizar la auditoria respectiva

Las facturas electrónicas deberán ser enviadas al correo electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co de acuerdo a previa instrucción brindada por el supervisor del contrato, así mismo, dichas facturas deberán ser cargadas al módulo web Sistema Registro de Cuentas Médicas (RECUM) de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional en el link https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/vista/frlogin.aspx

Para acceder al Sistema RECUM y cargue de los RIPS, en caso de no contar con usuario y contraseña, después de adjudicado el contrato, el CONTRATISTA debe enviar al correo electrónico deant.rases-ccu@policia.gov.co los siguientes datos:

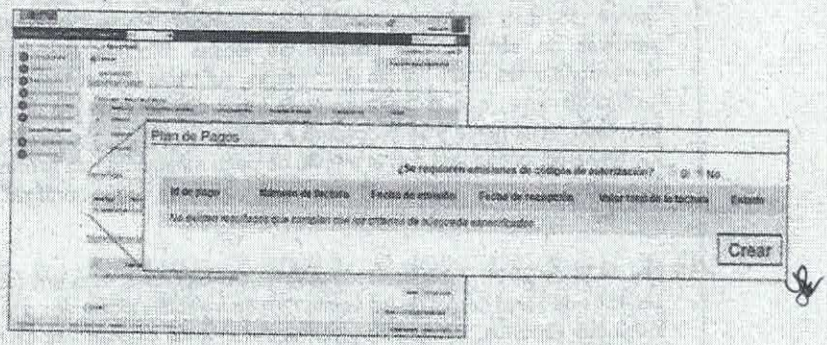
Código Habilitación	Nit	Razón Social	Nombre funcionario que cargara los RIPS	Cédula	Teléfono	Celular	Fecha Inicio Contrato	Fecha Final Contrato	Correo Electrónico

Al finalizar el proceso de cargue, el **CONTRATISTA** debe "Generar el soporte de Pre-radicado" generado por el sistema, el cual será entregado junto con la factura, en la Oficina de Central de Cuentas de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6).**

En cumplimiento de la Resolución No. 2284 y 2275 del 2023 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, las facturas electrónicas no serán recibidas por la Ventanilla Única de la Oficina de Central de Cuentas de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6).**, si estás son entregadas posterior a veintidós (22) dias hábiles a su elaboración.

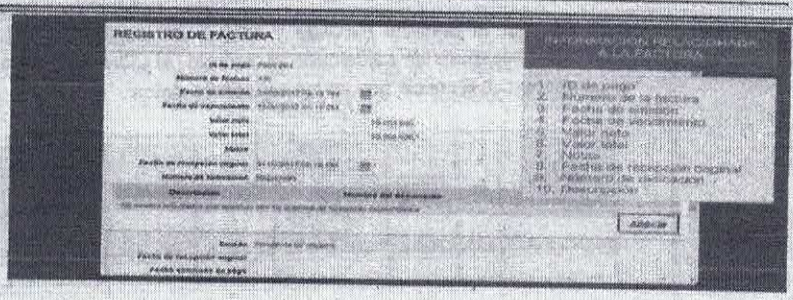
6. Una vez todos los documentos lleguen a la Oficina de Central de Cuentas de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6)**, el **CONTRATISTA** procederá a dar cumplimiento al numeral IV de la Guía rápida de Gestión Contractual para Proveedores en el SECOP II[1] referente al Envió de Facturas, descrito de la siguiente manera:

Antes de cargar una factura en el SECOP II usted debe radicarla en la Entidad Estatal y obtener un número de radicación. Para ingresar la factura, vaya a la sección "Ejecución del Contrato" y haga clic en "Crear".



El SECOP II le muestra una ventana emergente en donde debe ingresar la información que aparece en la imagen a continuación. Haga clic en "Anexar" para cargar la factura.

1 https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/cce_documentos/20170407_gestion_contractual_proveedores.pdf



Busque el documento en su computador y cárguelo. Una vez registrada y cargada su factura haga clic en "Confirmar". No olvide enviar la factura a la Entidad Estatal para su revisión y aprobación. Cuando la Entidad Estatal apruebe la factura el estado será "Aceptada" y cuando la pague cambiará a "Pagado".

7. La **RASES 6** sólo dará trámite a las facturas generadas por los servicios prestados objeto del presente contrato.

8. **AUDITORÍA DE CUENTAS**
Para que se realice la respectiva auditoria, el responsable de la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6)**, realizará la radicación de las facturas para trámite de pago, en el evento que se presenten objeciones – glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad en lo establecido en la, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 441 de 2022 y la Resolución No. 2284 de 2023 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social

9. **OBJECIONES Y GLOSAS**
El **CONTRATISTA** deberá dar respuesta a las glosas notificadas por la **RASES 6**, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito electrónicas, subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar justificadamente, que la glosa no tiene lugar. En caso de no dar respuesta se entenderá como aceptada tácitamente y se procederá a realizar su respectivo trámite. El valor de la factura que no fue objetado, continuará con el trámite de pago establecido en la presente cláusula *Forma de Pago*. Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad.

10. Ley 1438 de 2011. Artículo 57. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

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

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

11. CAUSALES DE NO PAGO

- Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6).
- Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 (RASES 6)**, *salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.*
- Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de TRIAGE y dé la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.
- Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el Decreto 4747 de 2007.
- Servicio electivo, fuera del Plan de Beneficio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, que no haya sido diligenciado en el formato del Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud – EIPS de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y aprobado por esa instancia de la Dirección de Sanidad.
- Servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud – EIPS (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el EIPS, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).
- Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen
- Teniendo en cuenta que según el numeral 9 del artículo 1.6.1.4.1. del Decreto 1625 de 2016 y el numeral 25 del artículo 1 de la Resolución DIAN No. 000042 de 2020, disponen:
  "Notas débito y notas crédito para la factura electrónica de venta: Las notas débito y notas crédito son documentos electrónicos que se derivan de las operaciones de venta de bienes y/o prestación de servicios que han sido previamente facturados, asociadas o no a una factura electrónica de venta, mediante el Código Único de Factura Electrónica -CUFE cuando sea el caso, las cuales se generan por razones de tipo contable y/o fiscal, cumpliendo las condiciones, términos, mecanismos técnicos y tecnológicos que para el efecto señale la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN"
  De acuerdo a lo anterior, se debe cumplir a cabalidad tanto contablemente como en materia tributaria debido a que las notas créditos son el soporte legal y fiscal de la NO cancelación o modificación del valor a pagar de la facturación emitida por las entidades teniendo en cuenta las conciliaciones realizadas por parte de la oficina de Auditoría Médica y las diferentes entidades, así mismo, justifican el cambio o modificación en la base de las retenciones practicada por los diferentes conceptos.

	NOTA: Toda glosa conciliada y que tenga valores aceptados por la IPS que dentro de la documentación no tengan su debida nota crédito y sea detectada por la oficina de Contabilidad, no será tramitada para pago en la oficina de Tesorería hasta que la novedad sea subsanada. **LOS PAGOS SE HARÁN A LA SIGUIENTE CUENTA:** **NOMBRE BENEFICIARIO:** E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL **BANCO:** BANCO DAVIVIENDA **TIPO DE CUENTA:** Corriente **NUMERO DE CUENTA:** 075001008
CLAUSULA QUINTA. - APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	El presente contrato está amparado para la vigencia 2026 por el Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP del SIIF No. 49326 del 09/04/2026 y del SFI No. 00248 del 09/04/2026 expedidos por la Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 expedido por la Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6
CLAUSULA SEXTA. - PLAZO DE EJECUCIÓN	El **CONTRATISTA** debe cumplir con la Prestación del Servicio, a partir del acta de inicio hasta el 30/09/2026, y/o hasta agotar presupuesto, lo que primero ocurra. De manera excepcional, cuando por razones enfocadas a la continuidad de la prestación del servicio y con el fin de dar prevalencia a la protección de los derechos fundamentales, se podrá adicionar y/o prorrogar el futuro contrato conforme a lo normado por la Ley 80 de 1993 y demás normatividad legal vigente aplicable; en caso de tratarse de una adición y/o prorroga de vigencia futura, esta se realizará siempre y cuando se cuente con su respectiva apropiación y autorización del cupo, en concordancia con lo establecido en la Ley 819 de 2003, artículo 10, literal B, para efectos de realizar una debida planeación presupuestal que permita adquirir compromisos que afecten presupuestos de anualidades subsiguientes y así salvaguardar el derecho a la vida y a la salud de los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.
CLAUSULA OCTAVA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	La prestación de los servicios de salud objeto del presente proceso de contratación se realizarán en las instalaciones ofrecidas por el **CONTRATISTA**, el cual deberá estar ubicado en el casco urbano del Municipio de Andes. Las instalaciones deben estar debidamente habilitadas por la ley, mediante distintivo de habilitación otorgado por la Secretaría de Salud Departamental y/o Municipal 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: 890980814 - 1 Naturaleza Jurídica: Pública DATOS GENERALES DEL PRESTADOR Departamento: Antioquia — Municipio: ANDES Código de Prestador: 0503404432 - 01 Nombre del Prestador: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL 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: ANDES Código de la Sede: 0503404432 - 01 — Sede principal: SI Nombre de la Sede: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL Gerente: Wendy Carolina Ruiz Romero Dirección: AV MEDELLIN # 48-20 — Zona: URBANA Centro poblado: — Barrio: Teléfono(s): 8417129 — Fax: Fecha de Apertura: 08051917 — Correo Electrónico: gestiondocumental@h 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 06 de mayo de 2026 (10:29 a.m.)

CLAUSULA DECIMA NOVENA: MONEDA DEL CONTRATO	La moneda del presente contrato es PESOS COLOMBIANOS.

EL CONTRATANTE

Teniente Coronel LILIANA ANDREA GIRALDO MEDINA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 6

EL CONTRATISTA

Señora LUIS FABIAN OTERO LOPEZ
Representante Legal E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL

Elaboró: Subintendente ANGELA MARCELA CANO VELEZ
Responsable de Estudios Previos RASES No. 6

Revisó Intendente Jefe JUAN DIEGO SANCHEZ FLÓREZ
Jefe Grupo de Contratos RASES No. 6

Revisó: Mayor YURY LORENA RAMIREZ ZUÑIGA
Jefe Área Logística y Financiera RASES No. 6

Revisó: Intendente EDWAR ANDRES LOPEZ GARCIA
Jefe Grupo Asuntos Jurídicos RASES No. 6 (E)

Revisó: Abogado RUBÉN DARÍO HINCAPIÉ ARROYAVE
Asesor Jurídico RASES No. 6

Fecha de Elaboración:
Ubicación D:\contratos 2026

Carrera 43A No. 48Csur-45, Envigado - Antioquia
Teléfono 3505855104
deant.rases-uco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

ANEXO
ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS

<table>
<tr><th>ITEM</th><th>CONDICIONES TECNICAS MINIMAS</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO: N/A</td></tr>
<tr><td>2.</td><td>EXPERIENCIA DEL PERSONAL
Con el fin de garantizar la experiencia del talento humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del presente proceso contractual, el oferente debe diligenciar en el anexo de condiciones técnicas mínimas que CUMPLE o NO CUMPLE con el requisito EXPERIENCIA DEL PERSONAL.
• <u>Así mismo, La entidad deberá presentar certificación general firmada</u> 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.
<table>
<tr><th>NOMBRE Y APELLIDO</th><th>CARGOS</th><th>CERTIFICACIONES Y/O CAPACITANCIONES</th><th>FECHAS DE CAPACITACIÓN</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>3.</td><td>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 diligenciar en el anexo de condiciones técnicas mínimas que CUMPLE o NO CUMPLE, que cuenta con personal idóneo para prestar el servicio, firmada por representante legal.
<u>Con el fin de garantizar los lineamientos para la gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones : PAI 2025, la entidad debe certificar:</u>
<u>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.</u></td></tr>
<tr><td>4.</td><td>OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN SALUD
El contratista debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada:
• Atención por la consulta externa con medicina general y otros profesionales de la salud hasta 3 días hábiles
• Procedimientos hasta 30 días calendario
• Atención prioritaria en las primeras 24 horas
• 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 038 del 2025 MGTE 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 debe ser gestionado y optimizado por las entidades competentes. Segunda. Atención especial en niños. Los menores con sospecha o diagnóstico de cáncer cuentan con protección reforzada constitucional en salud, por lo que las entidades vigiladas deben brindarles atención prioritaria e inmediata. Los servicios desde el diagnóstico hasta el fin del tratamiento de menores, deben ser autorizados de inmediato, independientemente del nivel de complejidad al que pertenezcan. En el mismo sentido, se deberá dar cumplimiento a lo definido en la ruta de atención integral para menores de 18 años con sospecha o diagnóstico de leucemia, dispuesta en la Resolución 418 de 2014 y expedida por el Ministerio de Salud y Protección".</td></tr>
<tr><td>5.</td><td>4.1.5OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES
La institución debe contar con las siguientes condiciones técnicas y anexar los documentos que confirmen dichas condiciones, el cual serán verificadas por el comité técnico evaluador y será sujeto de evaluación en anexo de condiciones técnicas verificables (CUMPLE / NO CUMPLE).
• El Oferente deberá entregar junto con la propuesta firmada por el representante legal de la empresa, el Formulario De Compromiso Con El Sistema De Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo De La Dirección De Sanidad De La Policía Nacional de este documento.</td></tr>
<tr><td>6.</td><td>PERSONA RESPONSABLE DEL ENLACE
El oferente debe diligenciar en el anexo de condiciones técnicas mínimas que CUMPLE O NO CUMPLE la información correspondiente a la persona de enlace, quién se encargará de resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato.
Nombre:_____
Teléfonos:_____
Correo electrónico:_____</td></tr>
<tr><td>7.</td><td>INFRAESTRUCTURA.
El oferente deberá diligenciar en el formulario condiciones técnicas mínimas que CUMPLE O NO CUMPLE con instalaciones para la prestación los servicios de salud objeto del presente estudio previo, en el municipio de JARDIN Antioquia. Deberán ser instalaciones ofrecidas por el contratista y que sean aprobadas mediante distintivo de habilitación otorgado por la Seccional de Salud de Antioquia.</td></tr>
</table>

ANEXO
OFERTA ECONÓMICA

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TARIFA A OFERTAR	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
1	180200	DRENAJE DE COLECCION DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 92.600,00
2	180201	DRENAJE DE COLECCION DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	UVB VIGENTE 2026	$ 92.600,00
3	210101	CONTROL DE EPISTAXIS POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL	UVB VIGENTE 2026	$ 123.900,00
4	210201	CONTROL DE EPISTAXIS POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL	UVB VIGENTE 2026	$ 232.100,00
5	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	UVB VIGENTE 2026	$ 34.800,00
6	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	UVB VIGENTE 2026	$ 34.800,00
7	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	UVB VIGENTE 2026	$ 34.800,00
8	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	UVB VIGENTE 2026	$ 19.600,00
9	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	UVB VIGENTE 2026	$ 19.600,00
10	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	UVB VIGENTE 2026	$ 19.600,00
11	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 96.800,00
12	231101	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR	UVB VIGENTE 2026	$ 96.800,00
13	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 160.800,00
14	231201	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR	UVB VIGENTE 2026	$ 160.800,00
15	232101	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	UVB VIGENTE 2026	$ 38.400,00
16	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	UVB VIGENTE 2026	$ 66.100,00
17	232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO	UVB VIGENTE 2026	$ 48.800,00
18	232104	OBTURACION DENTAL	UVB VIGENTE 2026	$ 19.600,00
19	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 66.100,00
20	232201	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE	UVB VIGENTE 2026	$ 40.700,00
21	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL	UVB VIGENTE 2026	$ 167.600,00
22	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL	UVB VIGENTE 2026	$ 336.200,00
23	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 229.000,00
24	235101	REIMPLANTE DE DIENTE	UVB VIGENTE 2026	$ 229.000,00
25	237101	PULPOTOMIA CON PULPECTOMIA (CUPS - 237103)	UVB VIGENTE 2026	$ 128.000,00
26	237102	PULPOTOMIA	UVB VIGENTE 2026	$ 128.000,00
27	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	UVB VIGENTE 2026	$ 128.000,00
28	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	UVB VIGENTE 2026	$ 160.800,00
29	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	UVB VIGENTE 2026	$ 193.600,00
30	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	UVB VIGENTE 2026	$ 64.500,00
31	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	UVB VIGENTE 2026	$ 64.500,00
32	237306	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR (CUPS - 237301)	UVB VIGENTE 2026	$ 193.600,00
33	247402	FERULIZACION SEMIRIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	UVB VIGENTE 2026	$ 129.100,00
34	389900	FLEBOTOMIA TERAPEUTICA SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 145.200,00
35	389901	FLEBOTOMIA TERAPEUTICA	UVB VIGENTE 2026	$ 145.200,00
36	579401	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	UVB VIGENTE 2026	$ 47.500,00
37	579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	UVB VIGENTE 2026	$ 47.500,00
38	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	UVB VIGENTE 2026	$ 87.400,00
39	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	UVB VIGENTE 2026	$ 1.742.600,00
40	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR I	UVB VIGENTE 2026	$ 99.400,00
41	861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION	UVB VIGENTE 2026	$ 99.400,00
42	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	UVB VIGENTE 2026	$ 116.600,00
43	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS (SIN EL DISPOSITIVO)	UVB VIGENTE 2026	$ 101.700,00
44	862701	ONICECTOMIA	UVB VIGENTE 2026	$ 554.100,00
45	863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION FULGURACION O CRIOTERA	UVB VIGENTE 2026	$ 99.400,00

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TARIFA A OFERTAR	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
46	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 32.500,00
47	869401	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	UVB VIGENTE 2026	$ 32.500,00
48	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 80.200,00
49	869501	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	UVB VIGENTE 2026	$ 80.200,00
50	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	UVB VIGENTE 2026	$ 84.700,00
51	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
52	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	UVB VIGENTE 2026	$ 99.900,00
53	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
54	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
55	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	UVB VIGENTE 2026	$ 99.900,00
56	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	UVB VIGENTE 2026	$ 99.900,00
57	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
58	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
59	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
60	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
61	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
62	870440	RADIOGRAFIAS INTRAORALES OCLUSALES	UVB VIGENTE 2026	$ 31.000,00
63	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
64	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
65	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
66	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
67	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
68	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
69	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
70	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	UVB VIGENTE 2026	$ 86.600,00
71	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	UVB VIGENTE 2026	$ 86.600,00
72	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	UVB VIGENTE 2026	$ 94.900,00
73	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	UVB VIGENTE 2026	$ 92.900,00
74	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	UVB VIGENTE 2026	$ 92.900,00
75	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	UVB VIGENTE 2026	$ 115.500,00
76	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	UVB VIGENTE 2026	$ 90.200,00
77	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	UVB VIGENTE 2026	$ 63.600,00
78	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	UVB VIGENTE 2026	$ 82.400,00
79	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	UVB VIGENTE 2026	$ 74.100,00
80	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATE	UVB VIGENTE 2026	$ 82.400,00
81	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	UVB VIGENTE 2026	$ 74.100,00
82	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	UVB VIGENTE 2026	$ 96.000,00
83	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
84	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	UVB VIGENTE 2026	$ 43.700,00
85	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
86	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	UVB VIGENTE 2026	$ 57.800,00
87	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	UVB VIGENTE 2026	$ 34.100,00
88	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	UVB VIGENTE 2026	$ 45.200,00
89	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
90	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	UVB VIGENTE 2026	$ 57.800,00
91	873206	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA	UVB VIGENTE 2026	$ 57.800,00
92	873210	RADIOGRAFIA DE MANO	UVB VIGENTE 2026	$ 57.800,00
93	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP LATERAL)	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
94	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP LATERAL)	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
95	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP LATERAL Y OBLICUA)	UVB VIGENTE 2026	$ 57.800,00
96	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	UVB VIGENTE 2026	$ 57.800,00
97	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP LATERAL)	UVB VIGENTE 2026	$ 77.000,00

ÍTEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TARIFA A OFERTAR	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
98	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL)	UVB VIGENTE 2026	$ 57.800,00
99	873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	UVB VIGENTE 2026	$ 33.900,00
100	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP LATERAL)	UVB VIGENTE 2026	$ 74.900,00
101	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA	UVB VIGENTE 2026	$ 33.900,00
102	873423	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA	UVB VIGENTE 2026	$ 115.500,00
103	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP LATERAL Y ROTACION INTERNA)	UVB VIGENTE 2026	$ 57.800,00
104	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	UVB VIGENTE 2026	$ 33.900,00
105	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS TUNEL OBLI	UVB VIGENTE 2026	$ 30.500,00
106	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	UVB VIGENTE 2026	$ 187.300,00
107	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	UVB VIGENTE 2026	$ 120.300,00
108	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	UVB VIGENTE 2026	$ 187.300,00
109	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	UVB VIGENTE 2026	$ 54.600,00
110	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB VIGENTE 2026	$ 37.400,00
111	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	UVB VIGENTE 2026	$ 35.100,00
112	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	UVB VIGENTE 2026	$ 37.400,00
113	890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	UVB VIGENTE 2026	$ 35.100,00
114	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	UVB VIGENTE 2026	$ 79.100,00
115	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	UVB VIGENTE 2026	$ 54.600,00
116	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB VIGENTE 2026	$ 32.500,00
117	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	UVB VIGENTE 2026	$ 35.100,00
118	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	UVB VIGENTE 2026	$ 37.400,00
119	890311	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	UVB VIGENTE 2026	$ 35.100,00
120	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y O	UVB VIGENTE 2026	$ 79.100,00
121	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	UVB VIGENTE 2026	$ 37.400,00
122	890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UVB VIGENTE 2026	$ 35.100,00
123	890501	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA GE	UVB VIGENTE 2026	$ 54.600,00
124	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	UVB VIGENTE 2026	$ 68.700,00
125	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UVB VIGENTE 2026	$ 90.000,00
126	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB VIGENTE 2026	$ 40.700,00
127	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	UVB VIGENTE 2026	$ 43.800,00
128	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 75.000,00
129	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	UVB VIGENTE 2026	$ 75.000,00
130	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	UVB VIGENTE 2026	$ 41.100,00
131	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	UVB VIGENTE 2026	$ 176.900,00
132	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	UVB VIGENTE 2026	$ 161.900,00
133	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 47.500,00
134	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL- NEELSEN]	UVB VIGENTE 2026	$ 24.200,00
135	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	UVB VIGENTE 2026	$ 19.600,00
136	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA	UVB VIGENTE 2026	$ 89.500,00
137	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	UVB VIGENTE 2026	$ 109.800,00
138	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	UVB VIGENTE 2026	$ 47.500,00
139	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZA	UVB VIGENTE 2026	$ 47.500,00
140	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL)	UVB VIGENTE 2026	$ 47.500,00
141	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	UVB VIGENTE 2026	$ 21.900,00
142	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	UVB VIGENTE 2026	$ 21.900,00
143	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCU	UVB VIGENTE 2026	$ 55.200,00

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TARIFA A OFERTAR	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
144	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGU	UVB VIGENTE 2026	$ 53.600,00
145	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UVB VIGENTE 2026	$ 55.200,00
146	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UVB VIGENTE 2026	$ 53.600,00
147	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 8.700,00
148	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	UVB VIGENTE 2026	$ 13.700,00
149	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 37.900,00
150	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES	UVB VIGENTE 2026	$ 37.900,00
151	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICE	UVB VIGENTE 2026	$ 37.900,00
152	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICE	UVB VIGENTE 2026	$ 37.900,00
153	902211	HEMATOCRITO	UVB VIGENTE 2026	$ 6.900,00
154	902213	HEMOGLOBINA	UVB VIGENTE 2026	$ 14.200,00
155	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	UVB VIGENTE 2026	$ 19.600,00
156	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	UVB VIGENTE 2026	$ 36.500,00
157	902219	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	UVB VIGENTE 2026	$ 24.200,00
158	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 15.500,00
159	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 15.500,00
160	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 24.200,00
161	903016	FERRITINA	UVB VIGENTE 2026	$ 87.400,00
162	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	UVB VIGENTE 2026	$ 51.600,00
163	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	UVB VIGENTE 2026	$ 69.300,00
164	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	UVB VIGENTE 2026	$ 169.700,00
165	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	UVB VIGENTE 2026	$ 64.500,00
166	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	UVB VIGENTE 2026	$ 136.400,00
167	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	UVB VIGENTE 2026	$ 97.400,00
168	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	UVB VIGENTE 2026	$ 55.200,00
169	903420	COLINESTERASA SERICA	UVB VIGENTE 2026	$ 61.400,00
170	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	UVB VIGENTE 2026	$ 83.800,00
171	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	UVB VIGENTE 2026	$ 80.200,00
172	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	UVB VIGENTE 2026	$ 117.100,00
173	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	UVB VIGENTE 2026	$ 117.100,00
174	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	UVB VIGENTE 2026	$ 117.100,00
175	903602	AMONIO	UVB VIGENTE 2026	$ 59.300,00
176	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 32.500,00
177	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	UVB VIGENTE 2026	$ 32.500,00
178	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	UVB VIGENTE 2026	$ 200.900,00
179	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	UVB VIGENTE 2026	$ 200.900,00
180	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	UVB VIGENTE 2026	$ 200.900,00
181	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UVB VIGENTE 2026	$ 25.600,00
182	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	UVB VIGENTE 2026	$ 25.600,00
183	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UVB VIGENTE 2026	$ 15.500,00
184	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	UVB VIGENTE 2026	$ 15.500,00
185	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UVB VIGENTE 2026	$ 29.700,00
186	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	UVB VIGENTE 2026	$ 29.700,00
187	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UVB VIGENTE 2026	$ 15.900,00
188	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 32.500,00
189	903813	CLORO	UVB VIGENTE 2026	$ 17.300,00
190	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	UVB VIGENTE 2026	$ 38.400,00
191	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 45.200,00
192	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 45.200,00
193	903818	COLESTEROL TOTAL	UVB VIGENTE 2026	$ 46.500,00
194	903819	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	UVB VIGENTE 2026	$ 49.300,00
195	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	UVB VIGENTE 2026	$ 35.100,00

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TARIFA A OFERTAR	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
196	903823	CREATININA DEPURACION	UVB VIGENTE 2026	$ 35.100,00
197	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	UVB VIGENTE 2026	$ 21.900,00
198	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	UVB VIGENTE 2026	$ 192.500,00
199	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	UVB VIGENTE 2026	$ 26.900,00
200	903832	FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA	UVB VIGENTE 2026	$ 84.900,00
201	903833	FOSFATASA ALCALINA	UVB VIGENTE 2026	$ 27.900,00
202	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UVB VIGENTE 2026	$ 46.600,00
203	903840	GLUCOSA EN ORINA	UVB VIGENTE 2026	$ 15.500,00
204	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	UVB VIGENTE 2026	$ 22.900,00
205	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	UVB VIGENTE 2026	$ 57.800,00
206	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	UVB VIGENTE 2026	$ 57.800,00
207	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	UVB VIGENTE 2026	$ 105.100,00
208	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	UVB VIGENTE 2026	$ 57.800,00
209	903846	HIERRO TOTAL	UVB VIGENTE 2026	$ 64.500,00
210	903847	LIPASA	UVB VIGENTE 2026	$ 58.200,00
211	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	UVB VIGENTE 2026	$ 96.800,00
212	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PR	UVB VIGENTE 2026	$ 99.900,00
213	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA	UVB VIGENTE 2026	$ 98.900,00
214	903853	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA	UVB VIGENTE 2026	$ 96.800,00
215	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UVB VIGENTE 2026	$ 35.100,00
216	903856	NITROGENO UREICO	UVB VIGENTE 2026	$ 18.300,00
217	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	UVB VIGENTE 2026	$ 18.300,00
218	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UVB VIGENTE 2026	$ 54.100,00
219	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	UVB VIGENTE 2026	$ 96.800,00
220	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	UVB VIGENTE 2026	$ 15.500,00
221	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	UVB VIGENTE 2026	$ 15.500,00
222	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UVB VIGENTE 2026	$ 44.800,00
223	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UVB VIGENTE 2026	$ 39.700,00
224	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UVB VIGENTE 2026	$ 39.700,00
225	903868	TRIGLICERIDOS	UVB VIGENTE 2026	$ 25.600,00
226	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	UVB VIGENTE 2026	$ 20.100,00
227	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL	UVB VIGENTE 2026	$ 29.700,00
228	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	UVB VIGENTE 2026	$ 15.500,00
229	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	UVB VIGENTE 2026	$ 21.900,00
230	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UVB VIGENTE 2026	$ 21.900,00
231	904004	RENINA TOTAL	UVB VIGENTE 2026	$ 139.500,00
232	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	UVB VIGENTE 2026	$ 227.900,00
233	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	UVB VIGENTE 2026	$ 140.000,00
234	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	UVB VIGENTE 2026	$ 139.400,00
235	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	UVB VIGENTE 2026	$ 159.200,00
236	904108	PROLACTINA	UVB VIGENTE 2026	$ 123.900,00
237	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	UVB VIGENTE 2026	$ 123.900,00
238	904501	ANDROSTENEDIONA	UVB VIGENTE 2026	$ 194.100,00
239	904503	ESTRADIOL	UVB VIGENTE 2026	$ 125.000,00
240	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZ	UVB VIGENTE 2026	$ 73.900,00
241	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	UVB VIGENTE 2026	$ 139.500,00
242	904510	PROGESTERONA	UVB VIGENTE 2026	$ 128.000,00
243	904601	TESTOSTERONA LIBRE	UVB VIGENTE 2026	$ 131.200,00
244	904602	TESTOSTERONA TOTAL	UVB VIGENTE 2026	$ 120.300,00
245	904801	ALDOSTERONA	UVB VIGENTE 2026	$ 204.500,00
246	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	UVB VIGENTE 2026	$ 108.300,00

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TARIFA A OFERTAR	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
247	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	UVB VIGENTE 2026	$ 108.300,00
248	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA M	UVB VIGENTE 2026	$ 139.500,00
249	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	UVB VIGENTE 2026	$ 111.400,00
250	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	UVB VIGENTE 2026	$ 120.300,00
251	904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL (CUPS - 904902)	UVB VIGENTE 2026	$ 112.900,00
252	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	UVB VIGENTE 2026	$ 120.300,00
253	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	UVB VIGENTE 2026	$ 177.600,00
254	904920	TIROGLOBULINA	UVB VIGENTE 2026	$ 89.600,00
255	904921	TIROXINA LIBRE	UVB VIGENTE 2026	$ 91.100,00
256	904922	TIROXINA TOTAL	UVB VIGENTE 2026	$ 90.000,00
257	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	UVB VIGENTE 2026	$ 89.600,00
258	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	UVB VIGENTE 2026	$ 89.600,00
259	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 95.800,00
260	905202	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 95.800,00
261	905204	BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 84.900,00
262	905205	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	UVB VIGENTE 2026	$ 142.700,00
263	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	UVB VIGENTE 2026	$ 142.700,00
264	905210	FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA	UVB VIGENTE 2026	$ 149.300,00
265	905213	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	UVB VIGENTE 2026	$ 149.300,00
266	905214	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 149.400,00
267	905312	LITIO AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 37.900,00
268	905706	ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 61.900,00
269	905711	ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 71.800,00
270	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 46.600,00
271	905725	COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 86.300,00
272	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 64.500,00
273	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 53.600,00
274	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAU	UVB VIGENTE 2026	$ 150.900,00
275	906121	LEISHMANIA ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 25.600,00
276	906126	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 139.400,00
277	906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 139.400,00
278	906128	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 139.500,00
279	906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 139.400,00
280	906130	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 139.500,00
281	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 105.600,00
282	906132	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 105.600,00
283	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G TOXOPLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMAT	UVB VIGENTE 2026	$ 139.400,00
284	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 101.500,00
285	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 105.500,00
286	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M	UVB VIGENTE 2026	$ 132.200,00
287	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 134.600,00
288	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 164.900,00
289	906220	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 131.200,00
290	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 164.900,00
291	906222	HEPATITIS B ANTICUERPOS E [ANTI-HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 164.900,00
292	906223	HEPATITIS B ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 164.900,00

ÍTEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TARIFA A OFERTAR	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
293	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 185.300,00
294	906228	HERPES I ANTICUERPOS IG G MANUAL - SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 145.200,00
295	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M MANUAL - SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 145.200,00
296	906230	HERPES II ANTICUERPOS IG G MANUAL - SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 145.200,00
297	906231	HERPES II ANTICUERPOS IG M MANUAL - SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 145.200,00
298	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 126.700,00
299	906242	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 126.700,00
300	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 132.200,00
301	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 72.300,00
302	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	UVB VIGENTE 2026	$ 131.200,00
303	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	UVB VIGENTE 2026	$ 637.000,00
304	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 61.400,00
305	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	UVB VIGENTE 2026	$ 164.900,00
306	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 164.900,00
307	906319	HEPATITIS DELTA ANTIGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 134.800,00
308	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y S	UVB VIGENTE 2026	$ 232.100,00
309	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 169.700,00
310	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 169.700,00
311	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 169.700,00
312	906415	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMA	UVB VIGENTE 2026	$ 122.300,00
313	906418	DNA N ANTICUERPOS MANUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 191.600,00
314	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 120.300,00
315	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 120.300,00
316	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 108.900,00
317	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 108.700,00
318	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 174.400,00
319	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) A	UVB VIGENTE 2026	$ 112.500,00
320	906462	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS	UVB VIGENTE 2026	$ 112.500,00
321	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 112.400,00
322	906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 128.000,00
323	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 194.200,00
324	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 292.000,00
325	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 234.800,00
326	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTO	UVB VIGENTE 2026	$ 234.700,00
327	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 236.300,00
328	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTO	UVB VIGENTE 2026	$ 236.300,00
329	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATI	UVB VIGENTE 2026	$ 83.800,00
330	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 73.900,00
331	906826	INMUNOGLOBULINA A [IG A] SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 50.300,00
332	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 77.000,00
333	906828	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 50.300,00

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TARIFA A OFERTAR	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
334	906829	INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 77.000,00
335	906831	INMUNOGLOBULINA M [IG M] SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 50.300,00
336	906832	INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 77.000,00
337	906835	INMUNOGLOBULINA E [IG E] SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 96.800,00
338	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 96.800,00
339	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 165.600,00
340	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 155.600,00
341	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 39.700,00
342	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 25.100,00
343	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 77.000,00
344	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UVB VIGENTE 2026	$ 22.900,00
345	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 24.200,00
346	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
347	907002	COPROLOGICO	UVB VIGENTE 2026	$ 15.000,00
348	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	UVB VIGENTE 2026	$ 22.900,00
349	907004	COPROSCOPICO	UVB VIGENTE 2026	$ 59.300,00
350	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	UVB VIGENTE 2026	$ 11.400,00
351	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA	UVB VIGENTE 2026	$ 11.400,00
352	907105	RECUENTO HAMBURGUER	UVB VIGENTE 2026	$ 38.400,00
353	907106	UROANALISIS	UVB VIGENTE 2026	$ 24.200,00
354	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	UVB VIGENTE 2026	$ 24.200,00
355	907201	ESPERMOGRAMA BASICO	UVB VIGENTE 2026	$ 82.700,00
356	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO RASTREO ANTICUERPO	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
357	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	UVB VIGENTE 2026	$ 28.300,00
358	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	UVB VIGENTE 2026	$ 28.300,00
359	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA	UVB VIGENTE 2026	$ 48.400,00
360	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] EN TUBO	UVB VIGENTE 2026	$ 48.400,00
361	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR	UVB VIGENTE 2026	$ 20.100,00
362	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN T	UVB VIGENTE 2026	$ 20.100,00
363	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MIC	UVB VIGENTE 2026	$ 53.600,00
364	911020	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] EN TUBO	UVB VIGENTE 2026	$ 53.600,00
365	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	UVB VIGENTE 2026	$ 35.100,00
366	935000	INMOVILIZACION PRESION Y CUIDADO DE HERIDA SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 80.200,00
367	935001	INMOVILIZACION - PRESION Y CUIDADO DE HERIDA	UVB VIGENTE 2026	$ 80.200,00
368	935100	APLICACION DE VENDAJE ENYESADO SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 86.000,00
369	935101	APLICACION DE VENDAJE ENYESADO	UVB VIGENTE 2026	$ 86.000,00
370	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXC	UVB VIGENTE 2026	$ 86.000,00
371	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	UVB VIGENTE 2026	$ 85.900,00
372	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MU	UVB VIGENTE 2026	$ 160.800,00
373	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	UVB VIGENTE 2026	$ 86.000,00
374	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO ESPICA ARNES O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACI	UVB VIGENTE 2026	$ 160.800,00
375	935400	APLICACION DE FERULA SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 160.800,00
376	935401	APLICACION DE FERULA	UVB VIGENTE 2026	$ 160.800,00
377	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 160.800,00
378	936801	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA	UVB VIGENTE 2026	$ 160.800,00
379	939402	NEBULIZACION	UVB VIGENTE 2026	$ 22.900,00
380	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	UVB VIGENTE 2026	$ 35.100,00
381	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	UVB VIGENTE 2026	$ 33.800,00
382	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	UVB VIGENTE 2026	$ 44.800,00

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TARIFA A OFERTAR	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
383	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	UVB VIGENTE 2026	$ 98.300,00
384	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	UVB VIGENTE 2026	$ 77.000,00
385	961601	INSERCION DE DISPOSITIVO EN URETRA	UVB VIGENTE 2026	$ 91.100,00
386	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 46.600,00
387	963301	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA	UVB VIGENTE 2026	$ 46.600,00
388	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 99.400,00
389	965101	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO	UVB VIGENTE 2026	$ 99.400,00
390	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	UVB VIGENTE 2026	$ 38.400,00
391	976501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	UVB VIGENTE 2026	$ 47.500,00
392	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 87.400,00
393	977101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	UVB VIGENTE 2026	$ 87.400,00
394	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	UVB VIGENTE 2026	$ 92.600,00
395	981101	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	UVB VIGENTE 2026	$ 92.600,00
396	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL	UVB VIGENTE 2026	$ 92.600,00
397	990101	EDUCACION GRUPAL EN SALUD POR MEDICINA GENERAL	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
398	990103	EDUCACION GRUPAL EN SALUD POR ODONTOLOGIA	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
399	990104	EDUCACION GRUPAL EN SALUD POR ENFERMERIA	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
400	990112	EDUCACION GRUPAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	UVB VIGENTE 2026	$ 25.600,00
401	990201	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR MEDICINA GENERAL	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
402	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR ODONTOLOGIA	UVB VIGENTE 2026	$ 25.600,00
403	990204	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR ENFERMERIA	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00
404	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	UVB VIGENTE 2026	$ 25.600,00
405	991100	INYECCION DE GLOBULINA INMUNE RH SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 103.100,00
406	991101	INYECCION DE GLOBULINA INMUNE RH	UVB VIGENTE 2026	$ 103.100,00
407	991600	INYECCION DE ANTIDOTO SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 103.100,00
408	991601	INYECCION DE ANTIDOTO	UVB VIGENTE 2026	$ 103.100,00
409	991800	INFUSION O ADMINISTRACION DE SOLUCIONES DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 103.100,00
410	991801	INFUSION O ADMINISTRACION DE SOLUCIONES DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS	UVB VIGENTE 2026	$ 103.100,00
411	992101	INFILTRACION IRRIGACION O INSTILACION DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA	UVB VIGENTE 2026	$ 32.500,00
412	992102	INYECCION O INFUSION DE ANTIBIOTICO	UVB VIGENTE 2026	$ 103.100,00
413	992200	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	UVB VIGENTE 2026	$ 103.100,00
414	992201	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA HORMONAL	UVB VIGENTE 2026	$ 103.100,00
415	992901	INYECCION DE VITAMINA K	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
416	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
417	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
418	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [TD]	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
419	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA TETANOS Y TOS FERINA [DPT]	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
420	993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B DIFTERIA TETA	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
421	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
422	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
423	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
424	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
425	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
426	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
427	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
428	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
429	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIP	UVB VIGENTE 2026	$ 8.200,00
430	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	UVB VIGENTE 2026	$ 17.000,00

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TARIFA A OFERTAR	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
431	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	UVB VIGENTE 2026	$ 25.600,00
432	997101	APLICACION DE SELLANTES DE AUTOCURADO (CUPS - 997107)	UVB VIGENTE 2026	$ 12.800,00
433	997102	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO (CUPS - 997107)	UVB VIGENTE 2026	$ 32.800,00
434	997103	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	UVB VIGENTE 2026	$ 37.400,00
435	997104	TOPICACION DE FLUOR EN SOLUCION	UVB VIGENTE 2026	$ 37.400,00
436	997105	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	UVB VIGENTE 2026	$ 19.600,00
437	997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	UVB VIGENTE 2026	$ 37.400,00
438	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	UVB VIGENTE 2026	$ 152.000,00
439	129B01	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLA	UVB VIGENTE 2026	$ 297.700,00
440	129B02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	UVB VIGENTE 2026	$ 208.200,00
441	130B01	INTERNACION PEDIATRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AIS	UVB VIGENTE 2026	$ 297.700,00
442	130B02	INTERNACION PEDIATRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	UVB VIGENTE 2026	$ 279.500,00
443	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	UVB VIGENTE 2026	$ 32.500,00
444	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	UVB VIGENTE 2026	$ 75.000,00
445	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	UVB VIGENTE 2026	$ 105.600,00
446	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	UVB VIGENTE 2026	$.103.100,00

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

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
1	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE F*60ML (DOLOFEN) (PROCAPS)	FCO*60ML	$ 2.697,00
2	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE FCO*100ML (NOVEMED)	FCO*100ML	$ 5.270,00
3	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JBE FCO*120ML(MEMPHIS)	FCO*120ML	$ 5.766,00
4	ACETAMINOFEN 150MG/5ML(3%)FX60ML JBE (LAPROFF)	FCO*60ML	$ 3.182,00
5	ACETAMINOFEN 150MG/5ML(3%)FX50ML JARABE (LAFRANCOL)	FCO*60ML	$ 3.959,00
6	ACETAMINOFEN 500 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 92,00
7	ACETAMINOFEN 500 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 51,00
8	ACETAMINOFEN 500 MG. TAB. (CRONOFEN) (NOVAMED)	TAB.	$ 130,00
9	ACETAMINOFEN 500 MG. TAB. (LAFRANCOL)	TAB.	$ 83,00
10	ACETAZOLAMIDA 250 MG TAB (VICLEAR(R)) (COLMED)	TAB.	$ 729,00
11	ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG. TAB. (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 109,00
12	ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 57,00
13	ACICLOVIR 200 MG. TAB (ACTIVIRAL®) (LABQUIFAR)	TAB.	$ 332,00
14	ACICLOVIR 200 MG. TAB (GENFAR)	TAB.	$ 313,00
15	ACICLOVIR 200 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 377,00
16	ACICLOVIR 200 MG. TAB. (LASANTE)	TABLETA	$ 294,00
17	ACICLOVIR 800 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 1.182,00
18	ADENOSINA 6MG/2ML SOL INY (ADENOTROY) (SICMAFARMA)(REG)	SOL INY	$27.315,00
19	ADENOSINA 6MG/2ML SOL INY (KNOVEL PHARMA) (REG)	SOL INY	$ 30.962,00
20	ADENOSINA 6MG/2ML SOL INY (PISA) (VMR)	SOL INY	$ 39.354,00
21	AGUA GRADO INY. USP SOL. INY.(B X 500 ML) (C*35) (CORPAUL)	B*500ML	$ 5.301,00
22	AGUA GRADO INY. USP SOL. INY.(B X 500 ML)(BAXTER)	BOLSA X 500 ML	$ 4.697,00
23	AGUA GRADO INY. USP SOL. INY.(B X 500 ML)(PROCLIN)	BOLSA X 500 ML	$ 3.827,00
24	AGUA GRADO INY. USP SOL. INY.(B*500 ML)(QUIBI)	BOLSA*500 ML	$ 7.257,00
25	AIRE SINTETICO MEDICINAL	CILINDRO	$ 24.411,00
26	ALBENDAZOL 200 MG TAB. (CUM VTO)	TAB.	$ 626,00
27	ALBENDAZOL 200 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 811,00
28	ALBENDAZOL 200 MG. TAB. (ANGLOPHARMA)	TAB	$ 624,00
29	ALBENDAZOL 200 MG. TAB. (FINAPAR) (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 648,00
30	ALBENDAZOL 200 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 709,00
31	ALBENDAZOL 400 MG/10 ML SUSP. ORAL F*10 ML (COASPHARMA)	SACHET*10ML	$ 1.333,00
32	ALBENDAZOL 400 MG/20 ML SUSP. ORAL F*20 ML (LAPROFF)	SACHET X 20ML	$ 2.364,00
33	ALBENDAZOL 400 MG/20 ML SUSP. ORAL F*20ML (GENFAR)	FCO *20ML	$ 2.914,00
34	ALBENDAZOL 400 MG/20 ML SUSP. ORAL SACHETS*20ML (BIOQUIFAR	SACHET*20ML	$ 1.602,00
35	ALCOHOL ANTISEPTICO 70 % VOL. *700 ML(OSA)	FCO *700ML	$ 19.515,00
36	ALCOHOL ANTISEPTICO 70 % VOL. X 120 ML (MK)	FCO*120ML	$ 5.742,00
37	ALCOHOL ANTISEPTICO 70 % VOL. X 345ML (OSA)	FCO* 345ML	$ 11.483,00
38	ALCOHOL ANTISEPTICO 70 % VX700ML(MK)	FCOX700ML	$ 12.441,00
39	ALENDRONATO 70MG (GENFAR)	UNIDAD	$ 775,00
40	ALENDRONATO SODICO 70 MG. TAB. (LA SANTE)	TAB.	$ 420,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
41	ALENDRONICO ACIDO TAB. 70 MG (MK)	TAB.	$ 1.500,00
42	ALENDRONICO ACIDO TAB. 70 MG (OSTICALCIN®) (LABQUIFAR)	TAB.	$ 484,00
43	ALFA METILDOPA 250 MG.TAB. (CUM VTO)	TAB.	$ 873,00
44	ALFA METILDOPA 250 MG TAB (ALDOMET®)(ASPEN COLOMBIANA)	TAB.	$ 3.789,00
45	ALIMENTO LACTEO EN POLVO P` DESNUTRICION FASE I (F-75)	TARRO*400G	$ 111.600,00
46	ALOPURINOL 100 MG. TAB. (LAFRANCOL)	TAB.	$ 194,00
47	ALOPURINOL 100 MG. TAB. (ZYLOPRIM) (ASPEN)	TAB.	$ 871,00
48	ALOPURINOL 100 MG. TAB. (CHALVER)	TAB.	$ 119,00
49	ALOPURINOL 100 MG. TAB. (MEMPHIS)	TAB.	$ 532,00
50	ALOPURINOL 300 MG. TAB. (ZYLOPRIM) (ASPEN)	TAB.	$ 1.027,00
51	ALOPURINOL 300 MG. TAB. (MEMPHIS)	TAB.	$ 878,00
52	ALOPURINOL 300 MG. TAB. (UROCUAD®) (TEOFARMA)	TAB.	$ 2.151,00
53	ALPRAZOLAM TAB. 0.25 MG (XANAX®)(PFIZER) (CTROL)	TAB.	$ 4.503,00
54	ALPRAZOLAM TAB. 0.25 MG (EXPOFARMA)(CTROL)	TAB.	$ 106,00
55	ALPRAZOLAM TAB. 0.25 MG (GENFAR)(CTROL)	TAB.	$ 141,00
56	ALUMINIO/MAGNE/SIMETIC HIDROX F*150ML.SUSP. ORA (COASPHA	FCO *150ML	$ 5.760,00
57	ALUMINIO/MAGNE/SIMETIC HIDROX FX360ML.SUSP. ORA (COASPHA	FCO X 360ML	$ 11.313,00
58	ALUMINIO/MAGNE/SIMETIC HIDROX FX360ML.SUSP. ORAL (BIOQUIF	FCO*360ML	$ 23.001,00
59	ALUMINIO/MAGNE/SIMETIC HIDROX FX360ML.SUSP. ORAL(MK)	FCO X 360ML	$ 7.554,00
60	ALUMINIO/MAGNESIO HIDROX FX360ML. SUSP.ORAL (AVANPHARM	FCO X 360ML	$ 10.254,00
61	ALUMINIO/MAGNESIO HIDROX FX360ML. SUSP.ORAL. (OPHALAC)	FCO X 360ML	$ 11.515,00
62	ALUMINIO/MAGNESIO HIDROX FX360ML. SUSP.ORAL(ACI-(EUROFA	FCO*360ML	$ 12.017,00
63	ALUMINIO/MAGNESIO/SIMET.282/85/25MG.TAB. (EUROFARMA)(VMR	TAB	$ 518,00
64	AMANTADINA CLORHID. CAP. 100 MG (ZINTERGIA®) (NOVAMED)	CAPSULA	$ 2.520,00
65	AMIKACINA SULFATO 100MG/2 ML . SOL. INY.(VITALIS)	SOL INY	$ 5.154,00
66	AMIKACINA SULFATO 500 MG/2 ML. SOL. INY. (VITALIS)	SOL INY	$ 5.267,00
67	AMIKACINA SULFATO 500 MG/2 ML. SOL. INY. (BIOESTERIL)	SOL INY	$ 2.892,00
68	AMIKACINA SULFATO 500 MG/2 ML. SOL. INY. (GENFAR)	AMPOLLA	$ 2.375,00
69	AMINOFILINA SOL. INY. 240 GM/10 ML (2.4 %) (FARMIONNI)	SOL INY	$ 4.929,00
70	AMIODARONA 200 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 975,00
71	AMIODARONA 200 MG. TAB. (LASANTE)	TAB.	$ 1.033,00
72	AMIODARONA 200 MG. TAB. (MK)	TAB.	$ 1.376,00
73	AMIODARONA 200 MG. TAB. (PENTACOOP)	TAB.	$ 511,00
74	AMIODARONA CLORHID 150 MG/3 ML. SOL. INY. (CIRTRENT) (PISA)	SOL INY	$ 5.457,00
75	AMIODARONA CLORHID 150 MG/3 ML. SOL. INY. (RYAN)	SOL INY	$ 10.771,00
76	AMIODARONA CLORHID 150 MG/3 ML. SOL. INY.(ADS PHARMA)	AMPOLLA	$ 10.320,00
77	AMIODARONA CLORHID 150 MG/3 ML. SOL.INY. (CORDARONE)(SAN	AMPOLLA	$ 23.001,00
78	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 MG TAB. (BUSSIE)	TAB.	$ 153,00
79	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 MG TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 145,00
80	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 MG TAB.(GENFAR)	TAB.	$ 89,00
81	AMLODIPINO BESILATO 10 MG. TAB. (GENFAR)	TABLETA	$ 81,00
82	AMLODIPINO BESILATO 5 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 34,00
83	AMLODIPINO BESILATO 5 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 72,00
84	AMOXICILINA 250 MG/5 ML. SUSP.ORAL (GENFAR)	FCO X 100ML	$ 13.608,00
85	AMOXICILINA 250 MG/5 ML. SUSP.ORAL (LASANTE)	FCO *100ML	$ 11.687,00
86	AMOXICILINA 250 MG/5 ML. SUSP.ORAL (LA SANTE X 45 ML)	FCO*45ML	$ 12.249,00
87	AMOXICILINA 250MG/5ML. SUSP.ORAL. FX60ML(EUMOXINA(BIOQUIFA	F*60ML	$ 7.554,00
88	AMOXICILINA 500MG CAP. (DELTMOXI) (DELTA	CAPSULA	$ 694,00
89	AMOXICILINA 500MG CAP. (GENFAR)	CAP	$ 713,00
90	AMOXICILINA 500MG CAP. (LASANTE)	CAP	$ 467,00
91	AMOXICILINA 500MG CAP.(BIOSYNTEC)	CAPSULA	$ 520,00
92	AMPICILINA ANHIDRA 500 MG CAP (COASPHARMA)	CAPSULA	$ 452,00
93	AMPICILINA ANHIDRA 500 MG.TAB (LABQUIFAR)	TABLETA	$ 528,00
94	AMPICILINA ANHIDRA 500 MG. CAP (LASANTE)	CAP	$ 483,00
95	AMPICILINA 1 G. POLVO P`RECONST. (VITALIS)	SOL INY	$ 4.645,00
96	AMPICILINA 1 G. POLVO P`RECONST. (MEPRIZINA ®) (PISA)	LVO P RECONSTRU	$ 2.611,00
97	AMPICILINA 1 G. POLVO P` SOLUCION INY (SICMAFARMA)	LVO P RECONSTRU	$ 2.933,00
98	AMPICILINA 1 G. POLVO P`RECONST. (FARMALOGICA)	LVO PARA RECONS	$ 4.713,00
99	AMPICILINA 250 GM/5 ML (5 %) . SUSP.ORAL. FX60 ML (GENFAR)	FCO X 60ML	$ 4.950,00
100	AMPICILINA 250 GM/5 ML(5%). SUSP.ORAL. FX60ML (LA SANTE)	FX60 ML	$ 6.939,00
101	AMPICILINA 500 MG. POLVO P`RECONST. (FARMALOGICO)	LVO P RECONSTRU	$ 4.036,00
102	AMPICILINA 500 MG. POLVO P`RECONST. (BIOSANO)-SI	LVO P RECONSTRU	$ 2.607,00
103	AMPICILINA 500 MG. POLVO P`RECONST. (PISA)	POLVO P`RECONST	$ 2.426,00
104	AMPICILINA 500 MG. POLVO P`RECONST. (VITALIS)	POLVO	$ 4.072,00
105	AMPICILINA SOD./SULBACTAM 1 G / 0,5 G. SOD. INY. (BIOSANO)	AMPOLLA	$ 4.701,00
106	AMPICILINA SOD./SULBACTAM SOD. INY. 1 G / 0,5 G.- (VITALIS)	AMPOLLA	$ 3.889,00
107	AMPICILINA SOD./SULBACTAM SOD. INY. 1 G/0,5 G (FARMALOGICA)	VO PARA RECONS	$ 4.713,00
108	AMPICILINA SOD/SULBACTAM SOD.INY.1G/0,5 G(AMPIDELT®)(DELTA	LVO P RECONSTRU	$ 5.943,00
109	ASCORBICO ACIDO 100 MG/ML. SOL. ORAL (COASPHARMA)	FCO X 30ML	$ 8.070,00
110	ASCORBICO ACIDO 100 MG/ML. SOL. ORAL (GERCO)	FCO X 30ML	$ 11.577,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
111	ACORBICO ACIDO 100 MG/ML. SOL. ORAL (NEVOX)	FCO X 30ML	$ 8.584,00
112	ACORBICO ACIDO 100 MG/ML. SOL. ORAL. (ECAR)	FCO* 30ML	$ 7.344,00
113	ACORBICO ACIDO 500 MG TAB (MERCK)	TAB.	$ 185,00
114	ACORBICO ACIDO 500MG TAB (NOVAMED)	TAB	$ 377,00
115	ACORBICO ACIDO 500MG TAB (VITAMINA C) (ECAR)	TAB	$ 221,00
116	ACORBICO ACIDO 500MG TAB MAST. (VITAMINA C) (VICAL) (ECAR	TABLETA	$ 931,00
117	ACORBICO ACIDO 500MG TAB.(VITAMINA C) (LASANTE)	TAB.	$ 334,00
118	ATORVASTATINA 20 MG TAB (LAPROFF)	TAB.	$ 149,00
119	ATORVASTATINA 20 MG TAB. (ECAR)	TAB.	$ 111,00
120	ATORVASTATINA 20 MG TAB (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 145,00
121	ATORVASTATINA 20 MG TAB (SIEGFRIED)	TAB.	$ 145,00
122	ATORVASTATINA 20 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 166,00
123	ATORVASTATINA 40 MG TAB (CONTROLIP ®) (CUM VTO)	TAB.	$ 196,00
124	ATORVASTATINA 40 MG TAB. (LA SANTÉ)	TAB.	$ 207,00
125	ATORVASTATINA 40 MG TAB (LAPROFF)	TAB.	$ 160,00
126	ATORVASTATINA 40 MG. TAB. (ECAR)	TAB.	$ 189,00
127	ATORVASTATINA 40 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 279,00
128	ATROPINA SULFATO 10 MG/ML (1%) SOL. OFTALM. (ALCON)	F X 5ML	$ 40.585,00
129	ATROPINA SULFATO 1MG/ML. (1%) SOL. INY. (SANDERSON)	SOL. INY	$ 2.339,00
130	ATROPINA SULFATO 1MG/ML. (1%) SOL. INY.(BIOSANO)	AMPOLLA	$ 1.478,00
131	ATROPINA SULFATO 1MG/ML. (1%) SOL. INY.(VITALIS)	AMP X 1ML	$ 575,00
132	AZATIOPRINA TAB. REC. 50 MG.(IMURAN)(ASPEN)	CX100 TAB.	$ 3.629,00
133	AZATIOPRINA TAB. REC. 50 MG (NEXTPHARMA)	TABLETA	$ 713,00
134	AZATIOPRINA TAB. REC. 50 MG (XXX)	CX100 TAB.	$ 1.078,00
135	AZATIOPRINA TAB. REC. 50 MG C*100 (AZAKEM)	TAB	$ 920,00
136	AZITROMICINA 200 MG/5 ML. POLVO SUSP. (BIOQUIFAR)(VMR)	FCO X 15ML	$ 7.729,00
137	AZITROMICINA 200 MG/5 ML. POLVO SUSP.(BD FARMA)(AKRIBACT)	FCO*15ML	$ 15.598,00
138	AZITROMICINA 200 MG/5 ML. POLVO SUSP.(GENFAR) (VMR)	FCO*15ML	$ 14.650,00
139	AZITROMICINA 500 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 2.126,00
140	AZITROMICINA 500 MG. TAB. (AZTROBAC) (BIOQUIFAR)(VMR)	TAB.	$ 1.282,00
141	AZITROMICINA 500 MG. TAB. (GENFAR)(VMR)	TAB.	$ 1.542,00
142	AZITROMICINA 500 MG. TAB. (LASANTE)(VMR)	TAB.	$ 1.566,00
143	BECLOMETASONA BUCAL INHAL. 50MCG/D (BIOSYNTEC)	INH X 200 DOSIS	$ 19.334,00
144	BECLOMETASONA BUCAL INHAL. 50MCG/D (CIPLA)	INH X 200 DOSIS	$ 11.960,00
145	BECLOMETASONA BUCAL INHAL. 50MCG/D (BIOTOSCANA)	INH X 200 DOSIS	$ 14.175,00
146	BECLOMETASONA BUCAL INHAL. 50MCG/D (CHALVER)	INH X 200 DOSIS	$ 12.580,00
147	BECLOMETASONA BUCAL LIQ. P/ INHAL. 250MCG (NABUMEX)(CHAL	INH * 200 DOSIS	$ 19.069,00
148	BECLOMETASONA BUCAL LIQ. P/ INHAL. 250MCG/D (BIOSYNTEC)	INH* 200 DOSIS	$ 15.646,00
149	BECLOMETASONA NASAL LIQ. P/INHAL. 50 MCG/D(200 D)(BIOSYNTE	INH X 200 DOSIS	$ 20.452,00
150	BECLOMETASONA NASAL LIQ. P/INHAL. 50 MCG/D(200 D)(CIPLA)	INH X 200 DOSIS	$ 17.101,00
151	BECLOMETASONA NASAL LIQ. P' INHAL. 50 MCG/DOSIS (200 D)(BC	INH X 200 DOSIS	$ 17.304,00
152	BENOXINATO HCL SOL. OFTALM. 4 MG (OQ-SEINA®)	FCO X 15ML	$ 159.494,00
153	BENZOATO DE BENCILO II SOL. TOPICA FCO*120ML (MK)	FCO *120ML	$ 21.766,00
154	BENZOATO DE BENCILO SOL.TOPICA FCO*120ML(COHASPHARMA)	FCO*120ML	$ 14.964,00
155	BETAMET. FOSF./BETAMET. ACET.SUSP. INY.(3/3MG/ML(RYAN)	VIAL X 1ML	$ 16.328,00
156	BETAMET.FOSF/BETAMET. ACET.SUSP. INY.(3/3MG/ML)(CHALVER)	SOL.INY	$ 21.112,00
157	BETAMETASONA CREMA 0.05 % (LAFRANCOL)	T*20G	$ 2.675,00
158	BETAMETASONA CREMA 0.05 % (TUDERMIFAR) (LABQUIFAR)	T*20G	$ 8.368,00
159	BETAMETASONA CREMA 0.05 % TX40G (GENFAR)	TUBO*40 GR	$ 7.074,00
160	BETAMETASONA CREMA 0.05% (LAFRANCOL)	TUBO* 20G	$ 4.784,00
161	BETAMETASONA CREMA 0.05% T X 40 G (MK)	TUBO X 40G	$ 14.586,00
162	BETAMETASONA FOSF. DISOD. SOL. INY. 4 MG/ML (BIOESTERIL)	SOL. INY	$ 998,00
163	BETAMETASONA FOSF. DISOD. SOL. INY. 4 MG/ML (BIOSANO)	AMP	$ 1.218,00
164	BETAMETASONA FOSF. DISOD. SOL. INY. 4 MG/ML (FARMIONNI)	SOL INY	$ 1.066,00
165	BETAMETASONA FOSF. DISOD. SOL. INY. 4 MG/ML (VITALIS)	SOL INY	$ 1.678,00
166	BETAMETIL DIGOXINA 0,6MG/ML. SOL. ORAL(ADS PHARMA)	FCOX 10ML	$ 57.998,00
167	BETAMETIL DIGOXINA 0,75 MG/ML(0,075%) SOL. ORAL (ROCHE)	SOL. ORAL	$ 104.512,00
168	BETAMETIL DIGOXINA 0.1 MG. TAB. (MYORITMO)(ADS-PHRMA)	TAB.	$ 1.591,00
169	BETAMETIL DIGOXINA 0,1 MG. TAB. EXPOMETIL® (EXPOFARMA)	TAB.	$ 924,00
170	BETAMETIL DIGOXINA 0.2 MG/2ML SOL. INY. (VITALIS)	SOL INY	$ 9.827,00
171	BETAMETIL DIGOXINA 0.2MG/2ML(0.01%) SOL. INY.(ADS PHARMA)	SOL INY	$ 6.128,00
172	BETAMETIL DIGOXINA TAB. 0.1 MG (ROCHE)	TAB	$ 2.794,00
173	BIPERIDENO CLORHIDRATO 2 MG. TAB. (MK)	TAB.	$ 398,00
174	BIPERIDENO LACTATO SOL. INY. 5 MG/ML(BLASKOV)	SOL INY	$ 11.538,00
175	BISACODILO 5 MG. TAB. (ECAR)	GRAGEA	$ 85,00
176	BISACODILO 5 MG. TAB. (HUMAX)	TAB.	$ 228,00
177	BISACODILO 5 MG. TAB. (LABINCO)	TAB	$ 85,00
178	BISACODILO 5 MG. TAB. RECUBIERTA ENTERICA (BUSSIE)	TABLETA	$ 85,00
179	BROMOCRIPTINA TAB. 2.5 MG (GENERICOS DE CBIA)	TAB.	$ 1.686,00
180	BUPIVACAINA CLORH. SIN EPINEFRINA SOL. INY. (0.5%) F X 20 M	SOL INY	$ 21.887,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
181	BUPIVACAINA/DEXTR.(PESADA) SOL.INY.5MG/ML(0.5%)X4ML(ROPS	SOL INY	$ 3.442,00
182	CALCIO CARB./VIT. D-3 TAB. 600 MG/200 UI (LAPROFF)	TAB.	$ 205,00
183	CALCIO CARB./VIT. D-3 TAB. 600MG/200UI (OROCAL+D) (LEBRIUT)	TABLETA	$ 456,00
184	CALCIO CARB./VIT.D-3 TAB 500MG/330UI(OSTEOCAL SIEGFRIED)	TAB.	$ 221,00
185	CALCIO CARB./VIT.D-3 TAB.600MG/200UI ZIVICAL (LABQUIFAR)	TAB.	$ 402,00
186	CALCIO CARB.600MG/VITAMINA D-3 400UI TAB (CALTRATE)	TABLETA RECUBIERT	$ 3.685,00
187	CALCIO CARBONATO 600 MG TAB. MAST.(OROCAL) (LEBRIUT) (VM	TAB.	$ 356,00
188	CALCIO CARBONATO 600 MG TAB. (GENFAR) (VMR)	TAB.	$ 200,00
189	CALCIO CARBONATO 600 MG TAB. (LABQUIFAR) (VMR)	TAB.	$ 319,00
190	CALCIO CARBONATO 600 MG TAB. (LAPROFF) (VMR)	TAB.	$ 173,00
191	CALCIO CARBONATO 600 MG TABLETA (OSTEOCAL®)(SIEGFRIED)	TABLETA	$ 153,00
192	CALCIO GLUCONATO SOL. INY. 10% (PARA ACT CUM))	SOL INY	$ 6.386,00
193	CALCIO GLUCONATO SOL. INY.10%(B/BRAUN)	SOL INY	$ 2.569,00
194	CALCITRIOL CAP 0.5 MCG (COLMED)	CAP	$ 243,00
195	CALCITRIOL CAP. 0.25 MCG (COLMED)	CAPSULA	$ 249,00
196	CALCITRIOL CAP. 0.25 MCG (PROCAPS)	CAPSULA	$ 364,00
197	CAPTOPRIL 25 MG.TAB. (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 74,00
198	CAPTOPRIL 25 MG.TAB. (BUSSIE)	TAB.	$ 205,00
199	CAPTOPRIL 25 MG.TAB. (MK)	TAB.	$ 160,00
200	CAPTOPRIL 50 MG.TAB. (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 87,00
201	CAPTOPRIL 50 MG.TAB. (MK)	TAB.	$ 345,00
202	CAPTOPRIL 50 MG.TAB.(COASPHARMA)	TAB.	$ 74,00
203	CAPTOPRIL 50 MG.TABLETA. (BUSSIE)	TABLETA	$ 139,00
204	CARBAMAZEPINA 200 MG. TAB. (LAPROFF) (REG)	TAB.	$ 228,00
205	CARBAMAZEPINA SUSP. ORAL 100 MG/5 ML (BUSSIE) (REG)	FCO*120ML	$ 7.920,00
206	CARBAMAZEPINA SUSP. ORAL 100 MG/5 ML (NOVARTIS)	FCO X 100ML	$ 13.866,00
207	CARBAMAZEPINA SUSP.ORAL 100MG/5ML(CARBEPIL)(BIOQUIFAR)(	F*120	$ 9.886,00
208	CARBON MEDICINAL ACTIVADO POLVO O GRANULOS P´RECONST.	POL	$ 17.425,00
209	CARVEDILOL 6,25 MG TAB (LA SANTE) (REG)	TAB.	$ 79,00
210	CARVEDILOL 6,25 MG TAB (MK) (REG)	TAB.	$ 186,00
211	CARVEDILOL 6,25 MG TAB (SANDOZ) CORYOL ® (REG)	TAB.	$ 127,00
212	CARVEDILOL 6,25 MG. TAB. (GENFAR) (REG)	TAB.	$ 85,00
213	CEFALEXINA 250 MG/5 ML SUSP. ORAL (CEFAFLEX)(BIOQUIFAR)	F*60ML	$ 5.880,00
214	CEFALEXINA 250 MG/5 ML SUSP. ORAL (GENFAR)	FCO X 60ML	$ 5.880,00
215	CEFALEXINA 250 MG/5 ML .SUSP. ORAL (LA SANTE)	FCO X 60ML	$ 5.880,00
216	CEFALEXINA 500 MG. CAP. (BUSSIE)	CAPSULA	$ 633,00
217	CEFALEXINA 500 MG. CAP. (GENFAR)	CAPSULA	$ 698,00
218	CEFALEXINA 500 MG. CAP. (LA SANTE)	CAPSULA	$ 754,00
219	CEFALEXINA 500 MG. TAB. (CEFAFLEX) (BIOQUIFAR)	TAB	$ 765,00
220	CEFALOTINA SODICA 1 G. POLVO P´RECONST. (VITALIS)	SOL INY	$ 7.084,00
221	CEFALOTINA SODICA 1 G. POLVO P´RECONST. (FARMALOGICA)	AMPOLLA	$ 4.765,00
222	CEFALOTINA SODICA 1 G. POLVO P´RECONST. (NOSTRAY&NUART)	VIAL	$ 5.042,00
223	CEFALOTINA SODICA 1 G. POLVO P´RECONST. (VICAR FARMAC)	VIAL	$ 4.162,00
224	CEFRADINA 500 MG. CAP. (GENFAR)	CAPSULA	$ 858,00
225	CEFRADINA 500 MG. CAP. (LABINCO)	CAPSULA	$ 713,00
226	CEFRADINA 500 MG. CAP. (RECIPE)	CAPSULA	$ 905,00
227	CEFRADINA 500 MG. CAP. (FRADITEC) (BCN MEDICAL)	CAPSULA	$ 1.681,00
228	CEFRADINA 500 MG. CAP. (KLIACEF®) (BIOQUIFAR)	CAPSULA	$ 720,00
229	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1G. POLVO INY. (XXXX)	FCO AMP.	$ 3.101,00
230	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1G. POLVO INY (FARMALOGICA)	FCO AMP.	$ 4.713,00
231	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1G. POLVO INY (SICMAFARMA)	FCO AMP.	$ 4.038,00
232	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1G. POLVO INY (VITAR FARMAC)	FCO AMP.	$ 2.950,00
233	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1G. POLVO INY (AL PHARMA)	FCO AMP.	$ 2.726,00
234	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1G. POLVO INY (CEFTRIDELT®) (DELTA	FCO AMP.	$ 5.022,00
235	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1G. POLVO INY. (PROCLIN)	FCO AMP.	$ 4.524,00
236	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1G. POLVO INY. (VITALIS)	FCO AMP.	$ 6.386,00
237	CEFTRIAXONA DISODICA 1G. POLVO INY. (NORSTRAY)	FCO AMP.	$ 3.919,00
238	CIANOCOBALAMINA (VIT. B12) 1 MG/1 ML. SOL.INY. (ECAR)	AMP.X1 ML	$ 1.996,00
239	CIANOCOBALAMINA (VIT. B12) SOL. INY. 10 MG/10 ML(ECAR)	AMP.X10 ML	$ 6.650,00
240	CIANOCOBALAMINA (VIT. B12) SOL. INY. 1MG/ML(RECIPE)	AMP.	$ 6.113,00
241	CIANOCOBALAMINA (VIT. B12) SOL. INY.10MG/10ML(VITALIS)	FCO X 10ML	$ 6.051,00
242	CIPROFLOXACINA 100 MG / 10 ML SOL. INY (1%) (VITALIS)	AMPOLLA X 10ML	$ 2.599,00
243	CIPROFLOXACINA 100 MG / 10 ML SOL. INY (CORPAUL)	SOL INY	$ 2.833,00
244	CIPROFLOXACINA 100 MG / 10 ML SOL. INY (RYAN	VIAL	$ 3.374,00
245	CIPROFLOXACINA CLORHID 500 MG. TAB. (LAFRANCOL)	TABLETA	$ 341,00
246	CIPROFLOXACINA CLORHID 500 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 317,00
247	CIPROFLOXACINA CLORHID 500 MG. TAB.(PROCATEC ®) (FAES FARM	C*500 TAB	$ 369,00
248	CLARITROMICINA 500 MG. TAB. MACROMYCIN ® (LABQUIFAR) (REG)	TAB.	$ 1.510,00
249	CLARITROMICINA 500 MG. TAB. RECUB. (LAFRANCOL))(REG)	TAB. REC.	$ 2.560,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
250	CLARITROMICINA 500 MG. TAB. RECUB. (GENFAR)(VMR)	TAB.	$ 2.107,00
251	CLARITROMICINA 500 MG. TAB. RECUB. (KLARICID®)	TAB. REC.	$ 17.244,00
252	CLEMASTINA 2 MG/2 ML. SOL. INY. C*5 (CLEMAXCLIN®)(PROCLIN)	SOL INY	$ 21.885,00
253	CLEMASTINA 2 MG/2 ML (0.1%) SOL. INY XXXXXX)	SOL INY	$ 26.801,00
254	CLINDAMICINA FOSFATO 600 MG/4 ML (15%) SOL. INY. (BLASKOV)	SOL INY	$ 5.370,00
255	CLINDAMICINA FOSFATO 600 MG/4 ML (15%) SOL. INY.(VITALIS)	AMP.X4 ML	$ 5.806,00
256	CLINDAMICINA FOSFATO 600 MG/4 ML SOL.INY. (FRESENIUS)	SOL INY	$ 4.686,00
257	CLINDAMICINA FOSFATO 600 MG/4 ML. SOL. INY. (BIOESTERIL)	SOL INY	$ 3.549,00
258	CLINDAMICINA FOSFATO 600 MG/4 ML.SOL. INY. (CORPAUL)	SOL INY	$ 4.671,00
259	CLONAZEPAM 0.5MG TAB. (GENFAR)(CTROL)	TAB	$ 189,00
260	CLONAZEPAM 0.5MG TAB. (HUMAX)(CTROL)	TAB.	$ 183,00
261	CLONAZEPAM 0.5MG TAB.(COQUAN®) (SIEGFRIED)(CTROL)	TAB. REC.	$ 141,00
262	CLONAZEPAM 2 MG. TAB. (COQUAN®) (SIEGFRIED)(CTROL)	TAB.	$ 141,00
263	CLONAZEPAM 2 MG. TAB. (GENFAR)(CTROL)	TAB	$ 145,00
264	CLONAZEPAM 2 MG. TAB. (HUMAX)(CTROL)	TAB.	$ 234,00
265	CLONAZEPAM 2 MG. TAB. (MK)(CTROL)	TAB	$ 198,00
266	CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOL. ORAL (25G/ML) (BUSSIE)(CTROL)	FCO*30ML	$ 8.460,00
267	CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOL. ORAL (30G/ML) (ROCHE) (CTROL)	FCO*20ML	$ 211.983,00
268	CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOL. ORAL (30G/ML)(SIEGFRIED)(CTROL)	FCO*30ML	$ 8.460,00
269	CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOL. ORAL (HUMAX)(CTROL)	F*20ML	$ 8.418,00
270	CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOL. ORAL (MK)(CTROL)	FCO*20ML	$ 16.389,00
271	CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOL. ORAL (NOVAMED)(CTROL)	FCO* 20ML	$ 8.460,00
272	CLONIDINA CLORHID 0,150 MG. TAB. (ANGLOPHARMA)	TAB.	$ 81,00
273	CLONIDINA CLORHID 150 MCG O 0,150 MG. TAB. (ECAR)	TAB.	$ 86,00
274	CLONIDINA CLORHID 150 MCG O 0,150 MG. TAB. (LABQUIFAR)	TAB.	$ 79,00
275	CLONIDINA CLORHID 150 MCG O 0,150 MG. TAB. (OPHALAC)	TAB.	$ 100,00
276	CLOPIDOGREL 75 MG TAB. (GENFAR) (REG)	TAB.	$ 214,00
277	CLOPIDOGREL 75 MG TAB. (LAFRANCOL) (REG)	TAB.	$ 248,00
278	CLOPIDOGREL 75 MG TAB. (MSM LAB PRIVATE) (REG)	TAB.	$ 225,00
279	CLOPIDOGREL 75 MG TAB.REC (BCN MEDICAL) (REG)	TAB. REC.	$ 290,00
280	CLOPIDOGREL 75 MG TAB.REC. (LAPROFF) (REG)	TAB. REC.	$ 205,00
281	CLOROQUINA (DIFOSF. O SULF.)TAB. 150 MG (HUMAX)(VMR)	TAB.	$ 320,00
282	CLORURO DE SUXAMETONIO 40MG/2ML(UXICOLIN)(CF)	SOL INY	$ 9.500,00
283	CLOTRIMAZOL 1%. CREMA TOPICA. T*40 G (LABQUIFAR LTDA..)	TUBO*40G	$ 6.679,00
284	CLOTRIMAZOL 1%: CREMA TOPICA. T*40 G (LAFRANCOL)	TUBO* 40G	$ 7.099,00
285	CLOTRIMAZOL 1%. CREMA TOPICA. T*40 G (PENTACOOP S.A.)	TUBO*40G	$ 6.285,00
286	CLOTRIMAZOL 1%. CREMA TOPICA. T*40 G(FARMIONNI)	TUBO *40G	$ 6.854,00
287	CLOTRIMAZOL 1%. CREMA VAGINAL. T*40 (ALIBIOGYN) (BIOESTERI	T*40G	$ 10.319,00
288	CLOTRIMAZOL 1%. CREMA VAGINAL. T*40 G (COLMED)	T*40G	$ 6.200,00
289	CLOTRIMAZOL 1%. CREMA VAGINAL. T*40 G (LAFRANCOL)	T*40G	$ 6.200,00
290	CLOTRIMAZOL 1%. CREMA VAGINAL. T*40G (FARMIONNI)	TUBO*40G	$ 9.100,00
291	CLOTRIMAZOL 1%. CREMA VAGINAL. T*40G. (COASPHARMA)	T X 40G	$ 6.200,00
292	CLOTRIMAZOL 1%. SOLUC. TOPICA. (LAPROFF)	FCO X 30ML	$ 5.661,00
293	CLOTRIMAZOL 1%. SOLUC. TOPICA.(EPICORT®) (BEST)	FCO*30ML	$ 14.326,00
294	CLOTRIMAZOL 100 MG CAP BLANDA VAGINAL. (PROCAPS)	AP BLANDA VAGIN	$ 680,00
295	CLOTRIMAZOL 100 MG. TAB. VAGINAL. (ANGLOPHARMA)	TAB VAGINAL	$ 496,00
296	CLOTRIMAZOL 100 MG. TAB. VAGINAL. (CUM VTO)	TAB VAGINAL	$ 552,00
297	CLOTRIMAZOL 100 MG. TAB. VAGINAL. (LASANTE)	TAB VAGINAL	$ 451,00
298	CLOTRIMAZOL 100 MG. TAB. VAGINAL. (XXX)	TAB VAGINAL	$ 680,00
299	CLOTRIMAZOL 2%. CREMA VAGINAL. T*40 G (COLMED)	T*4G	$ 6.650,00
300	CLOZAPINA TAB. 100 MG (GENFAR)(CTROL)	TAB.	$ 400,00
301	CLOZAPINA TAB. 100 MG (HUMAX)(CTROL)	TAB.	$ 330,00
302	CLOZAPINA 25 MG. TAB. (GENFAR)(CTROL)	TAB.	$ 249,00
303	CLOZAPINA 25MGTAB. (HUMAX)(CTROL)	TAB.	$ 204,00
304	COLCHICINA 0.5 MG.TAB. (CUM VTO)	TAB.	$ 228,00
305	COLCHICINA 0.5 MG.TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 211,00
306	COLCHICINA 0.5 MG.TAB. (MEMPHIS)	TAB.	$ 134,00
307	COLCHICINA 0.5 MG.TAB. COLCHIMEDIO (BUSSIE)	TAB.	$ 147,00
308	COLESTIRAMINA 4 G POLVO P/RECONST (GENFAR-WINTHROP)	SOBRE X 4G	$ 3.499,00
309	COLISTINA/CORTIC./NEOMICINA SOL.OTICA 0.15%+0.05%+0.5%(MK	FCO X 15ML	$ 14.271,00
310	CORTICOIDE CON O SIN ANESTES.UNG. PROCTO (HEBAL) (LAFRAN	T*20G	$ 22.837,00
311	CROMOGLICATO DE SODIO 2% SOL. OFTALMICA (EXPOFARMA)	FCO*5ML	$ 8.520,00
312	CROMOGLICATO DE SODIO 2% SOLUCION NASAL (EXPOFARMA)	FCO *10ML	$ 13.691,00
313	CROMOGLICATO DE SODIO 4% SOL. OFTALMICA (CROMOVITAL)	FCO*5ML	$ 20.793,00
314	CROMOGLICATO DE SODIO 4% SOL. OFTALMICA (EXPOFARMA)	FCO*5ML	$ 7.759,00
315	CROMOGLICATO DE SODIO 4% SOL. OFTALMICA (LA SANTE)	F *5ML	$ 9.761,00
316	CROMOGLICATO DE SODIO 4% SOL. OFTALMICA (TIJOJ BLASKOV)	FCO*5ML	$ 21.018,00
317	CROMOGLICATO DE SODIO 4% SOLUCION NASAL (XXX)	FCO*5ML	$ 3.770,00
318	CROTAMITON LOCION 10 % (LIRODERM) (LABQUIFAR)	FCO X60 ML	$ 14.207,00
319	CROTAMITON LOCION 10% F X 60 ML(GENFAR)	FCO X 60 ML	$ 5.828,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
320	CROTAMITON LOCION 10% ML(HUMAX)	FCO X 60ML	$ 4.245,00
321	DEXAMETASONA FOSFATO 4MG/1ML. SOL. INY. (FARMIONNI)	SOL INY	$ 978,00
322	DEXAMETASONA FOSFATO 4MG/1ML. SOL. INY. (GENFAR)	SOL. INY	$ 2.117,00
323	DEXAMETASONA FOSFATO 4MG/1ML. SOL. INY. (SICMAFARMA)	SOL. INY	$ 992,00
324	DEXAMETASONA FOSFATO 4MG/1ML. SOL. INY. (VITALIS)	AMPOLLA	$ 1.325,00
325	DEXAMETASONA FOSFATO 4MG/1ML. SOL. INY. (XXXXXX)	SOL. INY	$ 697,00
326	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/2 ML. SOL. INY. (VITALIS)	SOL INY	$ 1.293,00
327	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/2 ML. SOL. INY. (FARMIONNI)	AMPOLLA	$ 1.653,00
328	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/2 ML. SOL. INY. (GENFAR)	C*10 AMPOLLAS	$ 2.311,00
329	DEXAMETASONA/NEOM/POLIMI.SUSP.OFT (OFTALMOTRIMAX®)(IN	FCO * 5ML	$ 7.727,00
330	DEXAMETASONA/NEOM/POLIMIX. SUSP.OFT (POLIOFTAL)	FCO*5ML	$ 11.016,00
331	DEXAMETASONA/NEOM/POLIMIX. SUSP.OFT (WASSERTROL)(MK)	FCO*5ML	$ 6.311,00
332	DEXAMETASONA/NEOM/POLIMIX. SUSP.OFT SUSP.OFT.(VITATRIOL	FCO*5ML	$ 6.786,00
333	DEXTROSA AL 10 % A.D.SOL.INY(BX500 ML)(SOLUCION DX-10)(PISA	BOLSA X 500 ML	$ 6.680,00
334	DEXTROSA AL 10 % SOL. INY.(B X 250 ML)(BAXTER)	UNIDAD	$ 6.270,00
335	DEXTROSA AL 10 % SOL. INY.(B X 500 ML)(CORPAUL)	UNIDAD	$ 5.125,00
336	DEXTROSA AL 10 % SOL. INY.(B X 500 ML)(FRESENIUS)	BOLSA X 500 ML	$ 5.876,00
337	DEXTROSA AL 5 % A.D. SOL. INY.(B X 500 ML)(BAXTER)	BOLSA X 500ML	$ 4.466,00
338	DEXTROSA AL 5 % A.D. SOL. INY.(B X 500 ML)(CORPAUL)	BOLSA X 500 ML	$ 4.895,00
339	DEXTROSA AL 5 % A.D. SOL. INY.(B X 500 ML)(FRESENIUS)	BOLSA X500 ML	$ 6.724,00
340	DEXTROSA AL 5 % A.D. SOL. INY.(B*500 ML)(PISA)	B*500ML	$ 6.909,00
341	DIAZEPAM 10 MG/2 ML. SOL. INY. (BIOSANO)(CTROL)	SOL INY	$ 8.256,00
342	DIAZEPAM SOL. INY. 10 MG/2 ML (CARLON)(CTROL)	AMPOLLA X 2ML	$ 1.784,00
343	DICLOFENACO SODICO 50MG TAB. (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 102,00
344	DICLOFENACO SODICO 50MG TAB. (ECAR)	TAB	$ 85,00
345	DICLOFENACO SODICO 50MG TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 215,00
346	DICLOFENACO SODICO 50MG TAB. (LAPROFF)	TAB. REC.	$ 115,00
347	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML. SOL. INY. (BOESTERIL)	SOL INY.	$ 1.216,00
348	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML. SOL. INY. (FARMIONNI)	SOL INY	$ 2.175,00
349	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML. SOL. INY. (GENFAR)	SOL INY	$ 1.779,00
350	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML. SOL. INY. (VITALES)	SOL INY	$ 4.788,00
351	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML. SOL. INY. (BIOSANO)	SOL. INY.	$ 2.929,00
352	DICLOXACILINA 250MG/5ML. SUSP.ORAL (LASANTE)	FCOX 80ML	$ 7.519,00
353	DICLOXACILINA 250MG/5ML. SUSP.ORAL (CLOXIDIN®) (BIOQUIFAR)	FCOX 80ML	$ 6.899,00
354	DICLOXACILINA 250MG/5ML. SUSP.ORAL (COASPHARMA)	FCO X 80ML	$ 6.786,00
355	DICLOXACILINA 500 MG. CAP. (BIOQUIFAR)	CAPSULA	$ 760,00
356	DICLOXACILINA 500 MG. CAP. (COASPHARMA)	CAPSULA	$ 462,00
357	DICLOXACILINA 500 MG. CAP. (LAFRANCOL)	CAP. DURA	$ 1.050,00
358	DICLOXACILINA 500 MG. CAP. (LASANTE)	CAPSULA	$ 665,00
359	DICLOXACILINA 500 MG. CAP. (MK)	CAP. DURA	$ 718,00
360	DICLOXACILINA 500 MG. CAP.(GENFAR)	CAPSULA	$ 631,00
361	DIFENHIDRAMINA 12,5 MG/5 ML. JBE (LICOL)	FCO X 120ML	$ 6.158,00
362	DIFENHIDRAMINA 12.5MG/5 ML. JARABE FCO*120ML (LAPROFF)	FCO*120ML	$ 7.344,00
363	DIFENHIDRAMINA 12.5MG/5 ML. JBE (OPHALAC)	FCO X 120ML	$ 9.237,00
364	DIFENHIDRAMINA HCL 10MG/1ML. SOL. INY. (C*25) (LICOL)	SOL INY	$ 10.579,00
365	DIFENHIDRAMINA HCL 50MG CAPSULA (SALUS PHARMA)	CAJA*100	$ 647,00
366	DIFENHIDRAMINA HCL 50MG. CAP. (EUROPACK)	CAP.	$ 268,00
367	DIFENHIDRAMINA HCL 50MG. CAP. (OPHALAC)	CAP.	$ 439,00
368	DIFENHIDRAMINA HCL 50MG/5ML. SOL. INY.(LICOL)	SOL INY	$ 27.715,00
369	DIHIDROCODEINA JARABE 2.42 MG/ML (HUMAX)	FCO X 120ML	$ 15.269,00
370	DIHIDROCODEINA JBE 2.42 MG/ML (GENFAR)	FCO X 120ML	$ 6.113,00
371	DIMENHIDRINATO 50 MG TAB (DIMENOL®) (LABINCO)	TAB.	$ 138,00
372	DIMENHIDRINATO 50 MG. TAB. (PASEDOL) (ECAR)	TAB.	$ 149,00
373	DIMETILPOLISILOXANO/PAPAVERINA GOTAS ORALES FX30 ML(INC	FCO	$ 29.638,00
374	DIPIRONA 1 G/2 ML SOL INY (VITALIS)	AMPOLLA 2ML	$ 1.730,00
375	DIPIRONA 1 G/2 ML SOL INY (50% (FRESENIUS)	SOL INY	$ 500,00
376	DIPIRONA 1 G/2 ML SOL INY(BIOSANO)	AMPOLLA 2ML	$ 927,00
377	DIPIRONA 1 G/2 ML SOL INY (ECAR)	SOL. INY	$ 2.467,00
378	DIPIRONA 1 G/2 ML SOL INY (RYAN)	AMPOLLA 2ML	$ 746,00
379	DIPIRONA 1 G/2 ML. SOL. INY. (FARMIONNI)	AMPOLLA	$ 1.919,00
380	DIPIRONA MAGNESICA SOL. INY. 2 G/5 ML (VITALIS)	AMP X 5ML	$ 6.929,00
381	DOBUTAMINA 250 MG/20 ML SOL. INY. (AUTOBOD®) (BLASKOV)	AMPX20ML	$ 13.717,00
382	DOBUTAMINA 250 MG/20 ML.SOL. INY. (DOTROPINA®) (PISA)	AMPX20ML	$ 5.504,00
383	DOBUTAMINA 250 MG/20ML. SOL INY. (RYAM)	AMP X 20ML	$ 17.399,00
384	DOBUTAMINA 250 MG/5ML. SOL. INY. (BIOSANO)	SOL INY	$ 11.894,00
385	DOPAMINA CLORHID 200 MG /5 ML (4 %) SOL. INY. (BIOSANO) OL	UCION INYECTAB	$ 4.905,00
386	DOPAMINA CLORHID 200 MG /5 ML (4 %) SOL.INY. (PISA)	SOL INY	$ 1.710,00
387	DOPAMINA CLORHID 200 MG/5ML SOL. INY.(LAB SANDERSON)	AMPOLLA	$ 2.828,00
388	DOPAMINA CLORHID 200MG/5M (4%) SOL. INY.(VITALIS)	AMPX5ML	$ 1.979,00
389	DOPAMINA CLORHID 200MG/5M(4%) SOL. INY. (RYAN)	AMPX5ML	$ 2.645,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
390	DOXICICLINA 100 MG. CAP. (COASPHARMA)	CAPSULA	$ 189,00
391	DOXICICLINA 100 MG. CAP.(VIBRADOX®) (LABQUIFAR)	CAPSULA	$ 554,00
392	DOXICICLINA 100 MG. TAB. (GENFAR)	TABLETA	$ 322,00
393	DOXICICLINA 100 MG. TAB. (LASANTE)	TAB.	$ 754,00
394	DOXICICLINA 100 MG. TAB. (MK)	TAB. CUB.	$ 305,00
395	ENALAPRIL MALEATO 20 MG. TAB. (LAFRANCOL)	TAB.	$ 145,00
396	ENALAPRIL MALEATO 20 MG. TAB. (ANGLOPHARMA)	TAB.	$ 109,00
397	ENALAPRIL MALEATO 20 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 72,00
398	ENALAPRIL MALEATO 20 MG.TAB. (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 145,00
399	ENALAPRIL MALEATO 20 MG.TAB. (PATMAR S.A.)	TAB.	$ 141,00
400	ENALAPRIL MALEATO 20 MG.TAB. (MK)	TAB.	$ 424,00
401	ENALAPRIL MALEATO 5 MG. TAB. (LAFRANCOL)(CUM INACTIVO)	TAB.	$ 104,00
402	ENALAPRIL MALEATO 5 MG. TAB.(COASPHARMA)	TAB.	$ 245,00
403	ENEMA DE FOSFATOS Y BIFOSFATO DE SODIO (TRAVAD RECTAL)	B*133ML	$ 21.127,00
404	ENEMA DE FOSFATOS Y BIFOSFATO DE SODIO(TRAVAD RECTAL)CO	B*133ML	$ 22.235,00
405	ENEMA DE FOSFATOS Y BIFOSFATO DE SODIO(TRAVAD RECTAL) (	B*133ML	$ 19.585,00
406	ENOXAPARINA SOD. 40 MG/0.4ML SOL INY (DELTA)(REG)	JERINGA PREL	$ 18.952,00
407	ENOXAPARINA SOD. 40MG/0.4ML SOL INY (CLENOX®)(PROCAPS)(R	ERINGA PRELLENAD	$ 18.841,00
408	ENOXAPARINA SOD. 40MG/0.4ML SOL INY (CLEXANE)(SANOFI)(REG	JERINGA PREL	$ 20.269,00
409	ENOXAPARINA SOD. 40MG/0.4ML SOL INY(ENOXPAR®) (CHALVER)(	ERINGA PRELLENAD	$ 16.485,00
410	EPINEFRINA (ADRENALINA) 1 MG / ML. SOL. INY. (ECAR)	SOL. INY	$ 1.894,00
411	EPINEFRINA (ADRENALINA) 1 MG / ML.SOL. INY. (BIOSANO)	AMPOLLA	$ 3.033,00
412	EPINEFRINA (ADRENALINA) SOL. INY. 1 MG / ML (FRESENIUS)	UNIDAD	$ 858,00
413	EPINEFRINA (ADRENALINA) SOL. INY. 1 MG / ML (RYAN)	AMPOLLA	$ 5.074,00
414	ERGOTAMINA 1MG/CAFEINA 100MG TAB (FENCAFEN®) (MK)	TAB.	$ 535,00
415	ERGOTAMINA 1MG/CAFEINA 100MG TAB (MIGRADOL®) (SALUSPHA	TAB	$ 388,00
416	ERITROMICINA 250 MG/5 ML. SUSP. ORAL (GENFAR)	FCO X 60ML	$ 13.227,00
417	ERITROMICINA 500MG TAB.(ANGLOPHARMA)	TAB.	$ 1.129,00
418	ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA (COLMED)	TABLETA	$ 221,00
419	ESOMEPRAZOL 20 MG CAP (XXX)	CAPSULA	$ 251,00
420	ESOMEPRAZOL 20 MG TAB (FARMACOL)	TAB	$ 189,00
421	ESOMEPRAZOL 20 MG TAB. (LASANTE)	TAB.	$ 232,00
422	ESOMEPRAZOL 40 MG TAB (LA SANTE)	TAB.	$ 179,00
423	ESOMEPRAZOL 40 MG TAB.(GENFAR)	TAB.	$ 281,00
424	ESOMEPRAZOL 40 MG TABLETA. (COLMED)	TABLETA	$ 238,00
425	ESPIRONOLACTONA 25 MG TAB. (LABINCO)	TAB.	$ 209,00
426	ESPIRONOLACTONA 25 MG TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 249,00
427	ESPIRONOLACTONA 25 MG TAB.(HUMAX)	TAB.	$ 200,00
428	ESPIRONOLACTONA 25 MG TAB. (ANGLOPHARMA)	TAB.	$ 396,00
429	ESPIRONOLACTONA 25 MG TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 179,00
430	ESPIRONOLACTONA 100 MG TAB. (ANGLOPHARMA)	TAB.	$ 599,00
431	ESPIRONOLACTONA 100 MG TAB. (C*100) (HUMAX)	TAB.	$ 839,00
432	ESPIRONOLACTONA 100 MG TAB. (ESPIROLAN) (LABINCO)	TAB.	$ 645,00
433	ESTROGENOS CONJU. CREMA VAG.0.0625%(ESTERMAX®)(CHALVE	T*40G	$ 31.320,00
434	ESTROGENOS CONJUG. CREMA VAGINAL 0.0625% (FEVENY®)(BCN	T*43G	$ 35.310,00
435	ESTROGENOS CONJUG. TAB. 0.625 MG(ESTERMAX) (CHALVER)(RE	TAB.	$ 1.007,00
436	ESTROGENOS CONJUG. TAB.0.625 MG (FEVENY®) (BCN MEDICAL)(	TAB.	$ 1.019,00
437	ETILEFRINA CLORH 10 MG / ML (1 %) SOL. INY. (KNOVEL)(VMR)	AMP	$ 6.386,00
438	ETILEFRINA CLORH 10MG/ML (1%) SOL. INY (PROCLIN)(VMR)	SOL INY	$ 6.386,00
439	ETILEFRINA CLORH 10MG/ML (1%) SOL. INY.(RYAN)(VMR)	SOL INY	$ 10.186,00
440	FENITOINA SODICA 100 MG TAB. (QUIRUPOS)	TAB.	$ 417,00
441	FENITOINA SODICA 100 MG. TABLETA. (MK)	TAB.	$ 1.063,00
442	FENITOINA SODICA 100MG CAP. (EPAMIN®) (PFIZER)	CAPSULA	$ 1.001,00
443	FENITOINA SODICA 100MG CAP. LIB. PROLOG(EPAMIN®RX) (PFIZE	CAPSULA	$ 1.427,00
444	FENITOINA SODICA 125 MG/5 ML SUSP. ORAL (PFIZER)	FCO *240ML	$ 73.117,00
445	FENITOINA SODICA 250 MG/5 ML. SOL. INY. (ACTIFARMA)	SOL INY	$ 2.927,00
446	FENITOINA SODICA 250 MG/5 ML. SOL. INY. (BLASK®)(BLASKOV)	SOL INY	$ 4.713,00
447	FENITOINA SODICA 250 MG/5 ML. SOL. INY. (EPAMIN) (PFIZER)	SOL. INY	$ 43.006,00
448	FENITOINA SODICA 250 MG/5 ML. SOL. INY. (PISA)	SOL INY	$ 4.720,00
449	FENITOINA SODICA 250 MG/5 ML. SOL. INY. (VITALIS)	SOL INY	$ 3.063,00
450	FENOBARBITAL 100MG TABLETA. (FNE)(CTROL)	TABLETA	$ 844,00
451	FENOBARBITAL SODICO SOL. INY. 200 MG/ML (20%)(FNE)(CTROL)	SOL. INY.	$ 22.337,00
452	FENTANILO C. SOL. INY. 0,5 MG/10 ML (0.005%)(BIOSANO)(CTROL)	SOL. INY	$ 5.851,00
453	FENTANILO C. SOL. INY. 0.5 MG/10 ML (0.005%)(CORPAUL)(CTROL)	SOL INY	$ 2.675,00
454	FENTANILO C. SOL. INY. 500MCG/10ML (BLASKOV)(CTROL)	SOL. INY	$ 6.967,00
455	FITOMENADIONA (VIT. K1) 1MG/ML SOL. INY. (BIOSANO)	SOL. INY	$ 4.999,00
456	FITOMENADIONA (VIT. K1) 1MG/ML SOL. INY.(SANDERSON)	SOL. INY	$ 1.401,00
457	FITOMENADIONA (VIT. K1) 1MG/ML SOL. INY. (RYAN)	AMP	$ 2.688,00
458	FITOMENADIONA (VIT. K1) 2MG/1ML.SOL.INY.(KONAKION®) (ROCH	SOL. INY	$ 31.291,00
459	FITOMENADIONA (VIT. K1) 10 MG/ML SOL. INY. (BIOSANO)	SOL. INY	$ 4.970,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
460	FITOMENADIONA (VIT. K1) 10 MG/ML SOL. INY. (ECAR)	SOL. INY	$ 4.970,00
461	FITOMENADIONA (VIT. K1) 10 MG/ML SOL. INY. (VITALIS)	SOL. INY	$ 1.090,00
462	FITOMENADIONA (VIT. K1) 10 MG/ML SOL. KONAKION® (ROCHE)	SOL. INY	$ 44.889,00
463	FLUCONAZOL 200 MG CAP. (MK)	CAPSULA	$ 3.570,00
464	FLUCONAZOL 200 MG CAP. CINDIMIZOL (BIOQUIFAR)	CAPSULA	$ 711,00
465	FLUCONAZOL 200 MG CAP. DURA (FUNEX) (NOVAMED)	CAPSULA	$ 1.142,00
466	FLUCONAZOL 200 MG CAPSULA (GENFAR)	CAPSULA	$ 1.101,00
467	FLUCONAZOL 50 MG/5ML POLVO RECONSTITUIR SUSP ORAL (SALUSP	FCO*20ML	$ 11.989,00
468	FLUCONAZOL 50MG/5ML POLV. RECON. SUSP ORAL (BATEN) (BUSSIE	FCO*20ML	$ 11.851,00
469	FLUOROMETALONA 0.1% SOL. OFTALMICA (FLUMETOL)(SOPHIA)	FCO*5ML	$ 20.170,00
470	FLUOROMETALONA SOL. OFTALM. 0.1%(BLASKOV)	FCO X 5ML	$ 36.249,00
471	FLUOROMETALONA SOL. OFTALM. 0.1%(EXPOFARMA)	FCOX5ML	$ 8.590,00
472	FLUOROMETALONA SOL.OFTALM. 0.1% (FLUOMAX®)(SALUSPHARM	FCO* 5ML	$ 13.465,00
473	FLUOROURACIL GEL 5% (QUIFARMA)	TUBO *30G	$ 150.470,00
474	FLUOROURACIL UNGUENTO 5% (QUIFARMA)	TUBO * 30G	$ 150.470,00
475	FLUOXETINA 20 MG CAP. (PRAGMATEN®) (NOVAMED)	CAPSULA	$ 315,00
476	FLUOXETINA 20MG CAP. (GEN-FAR)	CAPSULA	$ 221,00
477	FLUOXETINA 20MG CAP. (LAFRANCOL)	CAPSULA	$ 524,00
478	FLUOXETINA 20MG CAP. (LAPROFF)	CAPSULA	$ 66,00
479	FLUOXETINA 20MG CAP. (MK)	CAPSULA	$ 526,00
480	FLUOXETINA 20MG TAB (NOVAMED)	TABLETA	$ 117,00
481	FLUOXETINA 20MG/5ML JARABE (DIZPAZIL)) (BIOQUIFAR)	FCO X 70ML	$ 6.107,00
482	FLUOXETINA 20MG/5ML JARABE (EXPOFARMA)	FCO X 70ML	$ 5.363,00
483	FLUOXETINA 20MG/5ML JARABE (MOLTOBEN) (BUSSIE)	FCO*70ML	$ 11.122,00
484	FLUOXETINA 20MG/5ML JARABE (SALUSPHARMA)	FCO X 70ML	$ 10.160,00
485	FOLICO ACIDO TAB. 1 MG (ECAR)	TAB.	$ 57,00
486	FOLICO ACIDO TAB. 1 MG (LAPROFF)	TAB.	$ 75,00
487	FOSFATOS Y BIFOSFATO DE SODIO (TRAVAD ORAL) (MK)	F*133ML	$ 13.832,00
488	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML SOL. INY (BIOSANO)	SOL INY	$ 1.395,00
489	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML SOL. INY (FARMIONNI)	SOL INY	$ 1.103,00
490	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML SOL. INY (PISA)	SOL INY	$ 451,00
491	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML SOL. INY (PROCLIN)	SOL INY	$ 592,00
492	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML SOL. INY (RYAN)	SOL INY	$ 1.468,00
493	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML SOL. INY (VITALIS)	SOL INY	$ 779,00
494	FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE (BIOESTERIL)	AMPOLLA	$ 1.527,00
495	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML SOL. INY (FRESENIUS KABI)	SOL INY	$ 739,00
496	FUROSEMIDA 40 MG TAB. (AMERICAN GENERICS)	TAB.	$ 47,00
497	FUROSEMIDA 40 MG TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 62,00
498	FUROSEMIDA 40 MG TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 124,00
499	FUROSEMIDA 40 MG TAB. (MK)	TAB.	$ 117,00
500	GEMFIBROZIL 600 MG TAB. (GENFAR-WINTHROP)	TAB.	$ 535,00
501	GEMFIBROZIL 600 MG TAB. (MK)	TAB.	$ 2.745,00
502	GEMFIBROZIL 600 MG. TAB (STOLIP®) (LABQUIFAR)	TAB.	$ 726,00
503	GEMFIBROZILO TAB. REC. 600 MG (LAPROFF)	TAB.	$ 386,00
504	GENTAMICINA 3 MG/G (0.3%) UNG. OFTALM. (PURPUCINA) (BASS)	TUBO X 5G	$ 20.314,00
505	GENTAMICINA SULFATO 3MG /ML. SOL. OFT (MK)	FCO*10ML	$ 5.851,00
506	GENTAMICINA SULFATO 3MG /ML. SOL. OFT. (COLMED)	F*6ML	$ 4.330,00
507	GENTAMICINA SULFATO 3MG /ML. SOL. OFT. FCO*10ML (LA SANTE	FCO *10ML	$ 5.538,00
508	GENTAMICINA SULFATO 20MG/ML. SOL. INY. (XXXXX)	SOL INY	$ 2.030,00
509	GENTAMICINA SULFATO 40MG/1ML. SOL. INY. (VITALIS)	SOL INY	$ 2.287,00
510	GENTAMICINA SULFATO 80MG/2ML. SOL. INY. (GENFAR)	SOL INY	$ 1.712,00
511	GENTAMICINA SULFATO 80MG/2ML. SOL. INY. (VITALIS)	SOL INY	$ 1.468,00
512	GENTAMICINA SULFATO 80MG/2ML. SOL. INY. (CORPAUL)	INY	$ 605,00
513	GENTAMICINA SULFATO 80MG/2ML. SOL. INY. (FARMIONNI)	SOL INY	$ 1.713,00
514	GENTAMICINA SULFATO. 160MG/2ML. SOL. INY. (FARMIONNI)	SOL INY	$ 2.070,00
515	GENTAMICINA SULFATO. 160MG/2ML. SOL. INY. (VITALIS)	AMPOLLA	$ 2.341,00
516	GLIBENCLAMIDA 5 MG. TAB. (ANGLOPHARMA)	TAB.	$ 68,00
517	GLIBENCLAMIDA 5 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 130,00
518	GLIBENCLAMIDA 5 MG. TAB. (COASPHARMA)	TAB.	$ 60,00
519	GLUCOSA-DEXTROSA LIQUIDA 75G/150ML (MELITES LIQ) (NOVALA	FCO X 150ML	$ 17.719,00
520	HALOPERIDOL 2 MG/ML SOL ORAL (ACTIFARMA)	FCO *15ML	$ 7.344,00
521	HALOPERIDOL 2 MG/ML SOL ORAL (HUMAX)	FCO *20ML	$ 9.866,00
522	HALOPERIDOL 5 MG. TAB. (ACTIFARMA)	TAB.	$ 181,00
523	HALOPERIDOL 5 MG. TAB. (HUMAX)	TAB.	$ 369,00
524	HALOPERIDOL 5MG/ML SOL INY (BIOSANO)	SOL INY	$ 3.991,00
525	HALOPERIDOL 5MG/ML SOL INY(RYAN)	SOL INY	$ 3.135,00
526	HALOPERIDOL 5MG/ML. SOL. INY. (SALUSPHARMA)	SOL INY.	$ 2.375,00
527	HALOPERIDOL 5MG/ML. SOL.INY (ACTIFARMA)	SOL INY	$ 2.588,00
528	HALOPERIDOL 10 MG. TAB. (HUMAX)	TAB.	$ 377,00
529	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 41,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
530	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 70,00
531	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG. TAB. (MK)	TAB.	$ 47,00
532	HIDROCORTISONA 100 MG POLVO LIOF (VITALES)	POLVO P'RECONST	$ 5.306,00
533	HIDROCORTISONA 100 MG POLVO LIOF(PISA)	POLVO P'RECONST	$ 4.119,00
534	HIDROCORTISONA 100 MG POLVO LIOF.(SUMICORT (R)) (BLAU)	AMPOLLA	$ 5.463,00
535	HIDROCORTISONA ACETATO CREMA 1 % (ANGLOPHARMA)	TUBO X 15 GR	$ 5.655,00
536	HIDROCORTISONA ACETATO CREMA 1 % (BIOTOSCANA	TUBO X 15G	$ 9.299,00
537	HIDROCORTISONA ACETATO CREMA 1% (LAFRANCOL)	TUBO X 15G	$ 5.655,00
538	HIDROCORTISONA ACETATO CREMA 1%(TX15G)(MK)	TX15G	$ 9.231,00
539	HIDROCORTISONA LOCION (CORTISOLONA®) (LABQUIFAR)	FCO X 30ML	$ 9.730,00
540	HIDROXICINA CHL.100 MG / 2 ML. SOL. INY. (XXXXX)	SOL INY	$ 19.362,00
541	HIDROXICINA CHL.100 MG/2ML. SOL. I (HYDROXISTAL)(ADS PHARMA)	SOL INY	$ 18.925,00
542	HIDROXICINA CHL.100 MG/2ML. SOL. INY (CLEMASKOV®) (BLASKOV).	SOL INY	$ 20.358,00
543	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6G/100ML SUSPENCION ORAL	FCO*360ML	$ 11.370,00
544	HIERRO (SULFATO FERROSO) 300 MG.TAB. (LAPROFF)	TAB	$ 126,00
545	HIERRO (SULFATO FERROSO) 300MG.TAB.REC. (ECAR)	TAB.REC.	$ 104,00
546	HIERRO (SULFATO FERROSO)TAB.REC.200MG(ECAR)	TAB.REC.	$ 81,00
547	HIERRO 60MG/ACIDO ASCORBICO 70MG/FOLICO 0,40MG (IOFI)	TABLETA	$ 477,00
548	HIERRO(FERROSO)SULF.SOL.ORAL 20-25MG/ML(FERROPROFF)(LA	FCO X 20ML	$ 5.167,00
549	HIOSCINA N-BUTILB./DIPIRONA 20MG-2,5G/5ML SOL. INY(VITALIS)	SOL INY	$ 3.393,00
550	HIOSCINA N-BUTILB./DIPIRONA 20MG-2,5G/5ML SOL. INY (RYAN)	SOL INY	$ 4.788,00
551	HIOSCINA N-BUTILB./DIPIRONA 20MG-2,5G/5ML. SOL.INY.(BIOSANO	SOL INY	$ 6.333,00
552	HIOSCINA N-BUTILBROMURO 10 MG. TAB. (RECIPE)	TAB.	$ 296,00
553	HIOSCINA N-BUTILBROMURO 10 MG. TAB. (LABINPINA) (LABINCO)	TAB.	$ 307,00
554	HIOSCINA N-BUTILBROMURO 10 MG.TAB. (EXPOFARMA)	TAB.	$ 418,00
555	HIOSCINA N-BUTILBROMURO 10 MG.TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 722,00
556	HIOSCINA N-BUTILBROMURO 20 MG/1 ML. SOL. INY.(VITALIS)	SOL INY	$ 2.121,00
557	HIOSCINA N-BUTILBROMURO 20 MG/1 ML.SOL. INY. (FARMIONNI)	SOL. INY	$ 2.204,00
558	HIOSCINA N-BUTILBROMURO SOL. INY. 20 MG/1 ML (BIOESTERIL)	SOL INY	$ 1.836,00
559	HIOSCINA N-BUTILBROMURO SOL. INY. 20 MG/1 ML (RYAN)	SOL INY	$ 2.262,00
560	IBUPROFEN 400 MG TAB. (IBUPRODELT®) (DELTA)	TAB.	$ 209,00
561	IBUPROFEN 400 MG TAB. (COASPHARMA)	TAB.	$ 129,00
562	IBUPROFEN 400 MG TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 219,00
563	IBUPROFEN 400 MG TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 158,00
564	IMIPRAMINA CLORHID. 10 MG. TAB. (HUMAX)	TAB.	$ 760,00
565	IMIPRAMINA CLORHID. TAB. 25 MG (LAPROFF)	TAB.	$ 200,00
566	IMIPRAMINA CLORHID. TAB. 25 MG (MK)	TAB	$ 479,00
567	IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25 MG TABLETA (HUMAX)	TABLETA	$ 173,00
568	INMUNOGLOBU HUMANA ANTI-D INY. 250MCG/2ML(DELTA)(CF)(REG	SOL INY	$ 216.892,00
569	INMUNOGLOBU. H. ANTI-D INY.300UMCG ML(NEXTPHARMA)(C.F)(RE	SOL INY	$ 293.003,00
570	INMUNOGLOBU. H. ANTI-D INY.300UMCG ML(RHOCLONE)(C.F)(REG)	SOL INY	$ 304.526,00
571	INMUNOGLOBU. H. ANTI-D INY.300UMCG/2 ML(BIOTOSCAN)(CF)(RE	J PRELLENA	NO SE OFERTA
572	INMUNOGLOBU.H.ANTI-D300MCG SOL INY(IMMUNORHO ®)(KEDRIO	POLVO P/RECO	NO SE OFERTA
573	INSULINA ASPARTA INY.100UI/ML (NOVO-N) (C.F.) (REG)	PLUMA X 3ML	$ 32.374,00
574	INSULINA GLARG. INY. 100UI/ML (SANOFI)(C.F.)(REG)	FCO X 3 ML	$ 48.593,00
575	INSULINA GLARG. INY. 100UI/ML(FX10ML)(LANTUS ®)(C.F.)(REG)	10ML (REG)	$ 144.290,00
576	INSULINA GLARGINA INY.100UI/ML(PEN)(LANTUS®)(SANOFI)(C.F.) (R	3ML (REG)	$ 34.594,00
577	INSULINA GLULISINA INY.100 UI/ML F*3ML (SANOFI)(REG)(C.F)	F*3ML (REG)	$ 37.348,00
578	INSULINA GLULISINA INY.100UI/ML (SANOFI)(C.F.)(REG)	FCO X 10ML	$ 124.492,00
579	INSULINA GLULISINA INY.100UI/ML(PEN)APIDRA(SANOFI)(C.F)(REG)	PEN X 3ML	$ 37.314,00
580	INSULINA ZINC CRISTAL. HUM. INY. 100UI/ML(LILLY) (C.F.)	VIALX10ML	$ 31.955,00
581	INSULINA ZINC CRISTAL. HUM. INY. 100UI/ML(NOVOLIN R)(C.F.)	VIALX10ML	$ 18.235,00
582	INSULINA ZINC CRISTAL. HUM. INY. 100UI/ML(SANOFI)(C.F.)	VIAL X 10ML	$ 16.020,00
583	INSULINA ZINC CRISTAL.HUM.INY.100UI/ML(INSULEX ®)(PISA)(C.F.	FCO X 10ML	$ 26.856,00
584	INSULINA ZINC NPH H. INY. 100 UI/ML (HUMULIN N(LILLY)(C.F.)	VIAL X 10ML	$ 33.553,00
585	INSULINA ZINC NPH HUM.INY. 100UI/ML FX10 ML(SANOFI)(C.F.)	FCO X 10ML	$ 16.023,00
586	INSULINA ZINC NPH HUMANA INY.100UI/ML(INSULEX®N)(PISA)(C.F.	FCO*10ML	$ 26.856,00
587	INSULINA ZINC NPH HUMANA INY. 100 UI/ML (NOVOLIN®) (C.F.)	VIAL X 10ML	$ 19.133,00
588	IPRATROPIO B. AEROSOL 0.02 MG/D(200 D.)(BIOSYNTEC) (REG)	INH X 200 DOSIS	$ 18.153,00
589	IPRATROPIO B.AEROSOL 0.02 MG/D(200 D)ASPROMIO®(CHALVER)(	INH X 200 DOSIS	$ 16.202,00
590	IPRATROPIO BROM. SOL. RESP.250 MCG(0.025%)(XXXX)(REG)	FCO X 15ML	$ 22.790,00
591	IPRATROPIO.+FENOT.0,50MG/0,25MG/ML SOL (BERODUAL®)(REG)	FCO*20ML	$ 46.545,00
592	ISOSORBIDA DINITRATO TAB.SUBLINGUAL 5 MG (ISOCORD ®) (BAG	TAB. SUBL.	$ 3.056,00
593	ISOSORBIDE DINITRATO TAB. 10 MG (COASPHARMA)	TAB.	$ 66,00
594	ISOSORBIDE DINITRATO TAB. 10 MG (LAPROFF)	TAB.	$ 111,00
595	IVERMECTINA 0.6% GOTAS ORALES (IVERGOT®) (SIEGFRIED)	FCO * 5ML	$ 5.140,00
596	IVERMECTINA 0.6% GOTAS ORALES (LICOL)	FCO X 5ML	$ 7.502,00
597	JABON QUIRURGICO (CLORHEXIDINA 4%) B. X 30ML (WEST)	B.X 30 ML	$ 8.884,00
598	JABON QUIRURGICO (CLORHEXIDINA 4%) BX60ML (WESCOHEX®) (	UNIDAD	$ 8.560,00
599	JABON QUIRURGICO (CLORHEXIDINA 4%)B.X850ML(WESCOHEX ®)(	UNIDAD	$ 58.003,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
600	JABON QUIRURGICO(CLORHEXIDINA 4%)B.X120ML(WESCOHEX®)(	UNIDAD	$ 10.925,00
601	KETAMINA SOL. INY. 500 MG/10 ML (FEPARVI S.A.S.)(CTROL)	FCO VIAL *10ML	$ 37.936,00
602	KETAMINA SOL. INY. 500 MG/10 ML (KWALITY)(CTROL)	SOL. INY	$ 30.107,00
603	KETAMINA SOL. INY. 500 MG/10 ML(5%) (RYAN)(CTROL)	FCO VIAL X 10ML	$ 34.835,00
604	KETAMINA 500 MG/10ML(5%)SOL.INY(KETAMAX®-50)(PROCLIN)(CTR	FCO VIAL X 10ML	$ 26.929,00
605	KETOCONAZOL 200MG. TAB. (COASPHARMA)	TAB.	$ 532,00
606	KETOCONAZOL 200MG. TAB. (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 515,00
607	KETOCONAZOL 200MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 620,00
608	KETOTIFENO 1 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 89,00
609	KETOTIFENO 1 MG. TAB. (RECIPE)	TAB	$ 170,00
610	KETOTIFENO 1 MG. TABLETA (ASMIKET) (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 170,00
611	KETOTIFENO 1 MG/5 ML. JARABE (BIOQUIFAR)	FCO*100ML	$ 10.213,00
612	KETOTIFENO 1MG/5 ML. JARABE (ECAR)	FCO*100ML	$ 8.128,00
613	KETOTIFENO. 1 MG/5 ML. JARABE (LAPROFF)	FCO*100ML	$ 6.243,00
614	LABETALOL CLORH.100MG/20ML SOL.INY (RYAN) (REG)	FCO X 20ML	$ 26.194,00
615	LABETALOL CLORH.100MG/20ML SOL.INY (CELON LABS)(REG)	FCO X 20ML	$ 47.737,00
616	LABETALOL CLORH.100MG/20ML SOL.INY (COASPHARMA)(REG)	FCO X 20ML	$ 68.990,00
617	LABETALOL CLORH.100MG/20ML SOL.INY (DUOBLOQ)(ADSPHARMA)(R	FCO X 20ML	$ 30.254,00
618	LABETALOL CLORH.100MG/20ML SOL.INY (PROCLIN)(REG)	FCO X 20ML	$ 43.008,00
619	LABETALOL CLORH.100MG/20ML SOL.INY(PRESEQUIL® (BLASKOV)(RE	SOL INY	$ 30.817,00
620	LAMIVUDINA 10 MG/ML. SOL. ORAL FCO*240 ML (HUMAX)	FCO*240ML	$ 36.240,00
621	LAMIVUDINA 150 MG TABLETA (LEGRAND)	TABLETA	$ 2.040,00
622	LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA 150/300 MG TAB. C*60 (LAVUZID®))	TAB	$ 878,00
623	LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA 150/300 MG TAB.REC (HUMAX)	TAB	$ 1.042,00
624	LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA 150/300 MG TAB.REC (LEGRAND)	TAB	$ 1.451,00
625	LANSOPRAZOL 30 MG CAP.(BIOQUIFAR)	CAPSULA	$ 245,00
626	LANSOPRAZOL 30 MG CAP (GENFAR)	CAPSULA	$ 377,00
627	LANSOPRAZOL 30 MG CAP (LASANTE)	CAPSULA	$ 420,00
628	LATANOPROST SOL. OFT. 50 MCG (MK) (CF) (REG)	FCO X 2,5ML	$ 24.312,00
629	LATANOPROST SOL. OFT. 50MCG (GAAP) (SOPHIA)(PFEJ)F(REG)	FCO *3ML	$ 26.065,00
630	LATANOPROST SOL. OFT. 50MCG (LATANOX®)(PROCAPS) (CF) (RE	FCO* 5ML	$ 14.787,00
631	LATANOPROST SOL. OFT. 50MCG (LOUTEN®) (C.F.) (REG)(CUM VTO)	FX2.5ML	$ 8.363,00
632	LATANOPROST SOL. OFT. 50MCG (PFIZER) (CF) (REG)	FX2.5ML	$ 26.171,00
633	LEVODOPA/CARBIDOPA 100+25 MG. TAB. (PARKEN®) (SIEGFRIED)	TAB.	$ 969,00
634	LEVODOPA/CARBIDOPA 250+25 MG. TAB. (MEMPHIS)	TAB.	$ 615,00
635	LEVODOPA/CARBIDOPA 250+25 MG. TAB.(PARKEN®) (SIEGFRIED)	TAB.	$ 1.114,00
636	LEVODOPA/CARBIDOPA 250+25 MG. TABLETA (GENFAR)	TABLETA	$ 631,00
637	LEVOMEPROMAZINA 25 MG. TAB (ACTIFARMA)	TAB.	$ 466,00
638	LEVOMEPROMAZINA 25 MG. TAB. (HUMAX)	TAB.	$ 467,00
639	LEVOMEPROMAZINA 40 MG/ML (4%) SOL.ORAL (ACTIFARMA)	GOTAS ORALES	$ 18.360,00
640	LEVOMEPROMAZINA 40 MG/ML (4%) SOL.ORAL (SINOGAN) (ACTIFA	GOTAS ORALES	$ 98.540,00
641	LEVOMEPROMAZINA 40 MG/ML (4%) SOLUCION ORAL (HUMAX)	FCO *20ML	$ 15.968,00
642	LEVOMEPROMAZINA. 100 MG. TAB. (ACTIFARMA)	TAB	$ 858,00
643	LEVOMEPROMAZINA. 100 MG. TAB. (HUMAX)	TAB	$ 1.851,00
644	LEVONORG./ETINILEST. 0.150MG/30MCG GRAG (OCEIRA®) (REG)	BLISTER *21 TAB	$ 2.006,00
645	LEVONORG./ETINILEST. 0.150MG/30MCG GRAG (SINOVUL®) (REG)	BLISTER *21 TAB	$ 1.787,00
646	LEVONORGESTREL 0.03 MG GRAG (POSLAC) (LAFRANCOL) (REG)	C*35	$ 13.576,00
647	LEVONORGESTREL 0.75 MG TAB (COLMED) (REG)	TAB.	$ 1.074,00
648	LEVONORGESTREL 0.75 MG TAB (ONIVE) (REG)	TAB.	$ 4.029,00
649	LEVONORGESTREL 0.75 MG TAB (POSTINOR 2)	TAB.	$ 8.483,00
650	LEVONORGESTREL 150MG IMPLANTE SUBDERMC(JADELLE ®)(BAY	2 IMPLANTE SUBDE	$ 222.127,00
651	LEVONORGESTREL 150MG IMPLANTE SUBDERMCO (SINOIMPLANT	2 IMPLANTE SUBDE	$ 141.574,00
652	LEVOTIROXINA SODICA 25 MCG TAB C*210 (TIROXIN®)) (SIEGRIED	TABLETA	$ 143,00
653	LEVOTIROXINA SODICA 25 MCG TABLETA C*150 (MK)	TABLETA	$ 147,00
654	LEVOTIROXINA SODICA 25 MCG.TAB. (EUTIROX®) (MERCK)	TAB.	$ 1.205,00
655	LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG TAB (MK)	TAB.	$ 57,00
656	LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG TAB (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 141,00
657	LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG TAB (COLMED)	TAB.	$ 287,00
658	LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG. TAB. (EUTIROX®)	TABLETA	$ 262,00
659	LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG. TAB. (GENERICO) (SIEGFRIED)	TAB.	$ 74,00
660	LEVOTIROXINA SODICA 75 MCG TAB (EUTIROX®) (MERCK)	TAB.	$ 556,00
661	LEVOTIROXINA SODICA 75 MCG TAB (SYNTHROID) (ABBOTT)	TAB.	$ 1.828,00
662	LEVOTIROXINA SODICA 75 MCG TAB. (MK)	TABLETA	$ 177,00
663	LEVOTIROXINA SODICA 88 MCG TAB. (SIEGFRIED)	TAB.	$ 569,00
664	LEVOTIROXINA SODICA 88 MCG TAB. (EUTIROX®) (MERCK)	TAB.	$ 1.406,00
665	LEVOTIROXINA SODICA. 100 MCG TAB (EUTIROX®) (MERCK)	TAB.	$ 322,00
666	LEVOTIROXINA SODICA. 100 MCG TAB(GENERICO) (SIEGRIED)	TABLETA	$ 104,00
667	LEVOTIROXINA SODICA. 100 TAB MCG (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 104,00
668	LEVOTIROXINA SODICA. 150 MCG TAB C*60 (SIEGFRIED)	TABLETA	$ 317,00
669	LEVOTIROXINA SODICA. 150MCG TAB (MERCK)	TAB	$ 833,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
670	LEVOTIROXINA SODICA 175 MCG TAB(EUTIROX®) (MERCK)	TAB.	$ 3.587,00
671	LEVOTIROXINA SODICA 200 MCGTABLETA (EUTIROX®) (MERCK)	TABLETA	$ 3.521,00
672	LIDOCAINA CLOR C/EPINEFRINA CARPULA 2% X 1,8 ML (ROPSOH	UNIDAD	$ 808,00
673	LIDOCAINA CLOR C/EPINEFRINA CARPULA2%(NEWCAINA®)(NEW S	C 1.8ML	$ 2.656,00
674	LIDOCAINA CLOR S/EPINEFRINA CARPULA 2% X 1,8 ML(NEW STETI	CARPULA	$ 1.097,00
675	LIDOCAINA CLORH S/EPIN. SOL. INY. 2 %. (FCO*10ML) (CORPAUL)	FCO* 10ML	$ 2.094,00
676	LIDOCAINA CLORH S/EPIN. SOL. INY. 2 %. (FELIRNI LABS)	FCO* 50ML	$ 25.704,00
677	LIDOCAINA CLORH S/EPINEF. SOL. INY. 20MG/ML(2%) (PROCLIN)	FCO X 20ML	$ 6.107,00
678	LIDOCAINA CLORH S/EPINEF SOL.INY.20MG/ML(2%)PISACAINA®(PI	FCO* 50ML	$ 14.590,00
679	LIDOCAINA CLORH S/EPINEFRINA SOL. INY. 2 %. (ROPSONH)	FCO X 50ML	$ 70.471,00
680	LIDOCAINA CLORH S/EPINEFRINA SOL. INY. 2 %. (ROPSONH)	FCO X 20ML	$ 20.569,00
681	LIDOCAINA CLORH. C/EPINEFRINA SOL. INY. 2% (PISA)	FCO X 50ML	$ 54.101,00
682	LIDOCAINA CLORH. C/EPINEFRINA SOL. INY. 2% (XXX)	FCO X 20ML	$ 52.667,00
683	LIDOCAINA CLORH. S/EPINEFRINA SOL. INY. 1% (PISA)	SOL INY	$ 5.225,00
684	LIDOCAINA CLORH.C/EPINEFRINA SOL.INY.2%(ROXICAINA) (ROPSO	FCO X 50ML	$ 29.332,00
685	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% JALEA (ROXICAINA®) (ROPSOHN)	TUBO X 30ML	$ 29.900,00
686	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% JALEA T*30G (PROCLIN)	T*30G	$ 20.967,00
687	LIDOCAINA CLORHIDRATO AEROSOL 10% F X83 ML(ROPSOHN)	FCO X 80 GR	$ 139.539,00
688	LIDOCAINA+HIDROCORTISONA 5G/0.28G UNGUENTO,T*20 G(ROPS	TUBO *20 GR	$ 57.653,00
689	LIDOCAINA+HIDROCORTISONA 60MG/5MG SUPOSITORIO (LIDOPRO	SUPOSITORIO	$ 12.729,00
690	LITIO CARBONATO 300 MG TAB (BUSSIE)	TAB.	$ 490,00
691	LITIO CARBONATO 300 MG. TAB. (ACTILITIO®) (ACTIFARMA)	TAB.	$ 1.150,00
692	LITIO CARBONATO 300 MG. TAB. (THERALITE®) (SANOFI AVENTIS)	TAB.	$ 1.419,00
693	LOPERAMIDA 2 MG TABLETA (ECAR)	TABLETA	$ 113,00
694	LOPERAMIDA TAB. 2 MG (LAPROFF)	TAB.	$ 106,00
695	LOPINAVIR/RITONAVIR SOL. 80/20MG/ML(ABBOTT)(C.F.)(REG)	FCO X 160ML	$ 88.305,00
696	LOPINAVIR/RITONAVIR TAB. REC. 200/50MG (ABBOTT)(REG)	TAB	$ 1.396,00
697	LOPINAVIR/RITONAVIR TAB. REC. 200/50MG (AUROBINDO)(REG)	TAB	$ 1.396,00
698	LOPINAVIR/RITONAVIR TAB. REC. 200/50MG (HETEROS)(REG)	FCO*120 TAB	$ 1.783,00
699	LOPINAVIR/RITONAVIR TAB. REC. 200/50MG (LEGRAND)(REG)	TAB	$ 1.552,00
700	LORATADINA 10 MG TAB. (C*100) (AMERICAN GENERICS)	TAB.	$ 124,00
701	LORATADINA 10 MG TAB. (LAPROFF)	TABLETA	$ 106,00
702	LORATADINA 10 MG TAB. (RECIPE)	TAB.	$ 57,00
703	LORATADINA 5 MG / 5 ML JARABE (LAPROFF)	FCO*100ML	$ 6.880,00
704	LORATADINA 5 MG / 5 ML JARABE (LICOL)	FCO*100ML	$ 6.688,00
705	LORATADINA 5 MG/5 ML JARABE (EUTARPAN) (BIOQUIFAR)	FCO * 100ML	$ 5.282,00
706	LORATADINA 5 MG/5 ML JARABE (LORDINEX) (NOVAMED)	FCO * 90ML	$ 7.744,00
707	LORAZEPAM 2 MG TAB. (GENFAR)(CTROL)	TAB.	$ 100,00
708	LORAZEPAM 2 MG TAB. ATIVAN (PFIZER)(CTROL)	TAB.	$ 3.404,00
709	LORAZEPAM 2 MG. TAB. (LAPROFF)(CTROL)	TAB.	$ 121,00
710	LOSARTAN POTASICO 50 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 92,00
711	LOSARTAN POTASICO 50 MG. TAB. (MK)	TAB.	$ 307,00
712	LOSARTAN POTASICO 50 MG. TAB.(C.I. FARMACAPSULAS S.A.S)	TAB.	$ 138,00
713	LOSARTAN POTASICO 50 MG. TAB. (LAFRANCOL)	TAB.	$ 74,00
714	LOSARTAN POTASICO 50 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 75,00
715	LOVASTATINA 20 MG. TAB. (LAFRANCOL)	TAB.	$ 147,00
716	LOVASTATINA 20 MG. TAB. (NOVAMED)	TAB.	$ 90,00
717	LOVASTATINA 20 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 196,00
718	LOVASTATINA TAB. 20 MG (BUSSIE)	TAB.	$ 41,00
719	LOVASTATINA TAB. 20 MG (FARMACOL)	TAB.	$ 53,00
720	LOVASTATINA TAB. 20 MG (GENERICOS MEDICALEX)	TAB.	$ 30,00
721	LOVASTATINA TAB. 20 MG (LABINCO)	TAB.	$ 111,00
722	LOVASTATINA TAB. 20 MG (LABQUIFAR)	TAB.	$ 53,00
723	LOVASTATINA TAB. 20 MG (ROPSOHN)	TAB.	$ 60,00
724	LOVASTATINA TAB. 20 MG (TAKEDA)	TAB.	$ 45,00
725	MAGNESIO SULFATO GRANULOS 100% B X 20 G (YOMA)	CAJ	$ 1.122,00
726	MAGNESIO SULFATO SOL. INY. 1G/10ML(10%)(PISA)	SOL INY	$ 2.903,00
727	MAGNESIO SULFATO SOL. INY. 20 % (ROPSOHN)	AMP*10ML	$ 4.614,00
728	MAGNESIO SULFATO SOL. INY.2G/10ML(20%)(CORPAUL)	AMP X10ML	$ 792,00
729	MAGNESIO SULFATO SOL. INY.2G/10ML(20%)(FARMIONNI)	SOL. INY	$ 4.596,00
730	MAGNESIO SULFATO SOL. INY.2G/10ML(20%)(RYAN)	AMP X10ML	$ 4.407,00
731	MANITOL AL 20 % SOL. INY.(B X 500 ML) (OSMORIN) (BAXTER)	BOLSA X 500ML	$ 34.373,00
732	MANITOL AL 20 % SOL. INY.(B*500ML)(CORPAUL)	B*500 ML	$ 16.690,00
733	MEBENDAZOL 100 MG/5 ML. SUSP. ORAL (COASPHARMA)	FCO X30ML	$ 3.885,00
734	MEBENDAZOL 20MG MG/ ML. SUSP. ORAL (ZAKOR) (CHALVER)	FCO X*30ML	$ 19.644,00
735	MEBENDAZOL 100 MG TAB (GENFAR)	TAB.	$ 190,00
736	MEDROXI. /ESTRAD.SUSP.INY.25/5MG/0,5ML(CYCLOFEMINA®) (REG	AMP*0.5ML	$ 7.598,00
737	MEDROXIPROG./ESTRAD.SUSP.INY.25/5MG/0,5ML(CYCLOFEM) (RE	AMP X 0.5ML	$ 10.505,00
738	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO TAB. 5 MG (LAFRANCOL)	TAB.	$ 571,00
739	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO TAB. 5 MG (PFIZER)(REG)	TAB.	$ 501,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACIÓN	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
740	MEDROXIPROGESTERONA SUSP.INY.150MG/3ML (DEPOTRIM®)(RE	AMPOLLA X 3ML	$ 11.325,00
741	MEDROXIPROGESTERONA SUSP.INY.150MG/ML (ILEINE)(REG)	SOL INY	$ 11.325,00
742	MEPERIDINA CLORHID. SOL. INY. 100 MG/2 ML(CTROL)	SOL INY	$ 7.540,00
743	MESALAZINA 500 MG. TAB. CUBIERTA (HUMAX) (REG)	TAB. REC.	$ 735,00
744	MESALAZINA 500 MG. TAB. CUBIERTA (MESAX)(LABINCO)(REG)	TAB. REC.	$ 625,00
745	MESALAZINA SUPOSIT 500MG (HUMAX) (REG)	SUPOSITORIO	$ 3.623,00
746	MESALAZINA SUPOSIT 500MG(LABINCO	SUPOSITORIO	$ 4.038,00
747	METFORMINA CLORH. 500 MG TAB. C*300 (GENFAR)	TAB.	$ 294,00
748	METFORMINA CLORH. 850 MG. TAB. (PISA)	TAB.	$ 194,00
749	METFORMINA CLORH. 850 MG. TAB. C*720 (GENFAR)	TAB.	$ 175,00
750	METFORMINA CLORH. 850 MG.TAB.(C*250) (ANGLOPHARMA)	TAB.	$ 253,00
751	METFORMINA CLORHID. 1.000 MG TAB(GLIFORMIN®) C*30 (SIEFRIE	TAB.	$ 582,00
752	METFORMINA CLORHID. 1.000 MG TAB(G-MET GTRABS®) (PROCAP	TAB.	$ 701,00
753	METILERGOMETRINA SOL. INY. 0.2 MG/1 ML(NOVARTIS) (C.F.)REG)	SOL INY	$ 2.400,00
754	METILFENIDATO CLORH. 10MG TABLETA (FNE) (REG)(CTROL)	TABLETA	$ 1.171,00
755	METIMAZOL 5MG TAB.(FARMA DE CBIA)	TAB.	$ 341,00
756	METIMAZOL 5MG. TAB. (LAFRANCOL)	TAB.	$ 219,00
757	METIMAZOL 5MG. TAB. (METLINA®)) (SIEGFRIED)	TAB.	$ 221,00
758	METOCARBAMOL 750 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 980,00
759	METOCARBAMOL 750 MG. TAB. (COASPHARMA)	TAB.	$ 313,00
760	METOCARBAMOL 750 MG. TAB. (MIOFLEX®) (LABINCO)	TAB.	$ 311,00
761	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML SOL. ORAL (BUSSIE)	F.CO*30ML	$ 5.827,00
762	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML SOL. ORAL (HEMETIL) (LABQUIFAR)	FCO*30ML	$ 4.298,00
763	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML. SOL. ORAL (COASPHARMA)	F. GOT* 30ML	$ 5.133,00
764	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML. SOL. ORAL (HEMETIL®) (LABQUIFAR)	FCO *30ML	$ 4.298,00
765	METOCLOPRAMIDA CLOR 10 MG. TAB. (PLASIL®)(BUSSIE)	TABLETA	$ 326,00
766	METOCLOPRAMIDA CLOR. 10 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB	$ 136,00
767	METOCLOPRAMIDA CLOR. 10 MG. TAB. (RECIPE)	TAB	$ 117,00
768	METOCLOPRAMIDA CLORHID. 10 MG / 2 ML.SOL. INY. (BIOSANO)	AMPOLLA	$ 1.291,00
769	METOCLOPRAMIDA CLORHID. 10 MG / 2 ML.SOL. INY. (FARMIONI)	SOL INY	$ 958,00
770	METOCLOPRAMIDA CLORHID. 10 MG / 2 ML.SOL. INY. (FRESENIUS)	SOL INY	$ 828,00
771	METOCLOPRAMIDA CLORHID. 10 MG / 2 ML.SOL. INY. (GENFAR)	SOL INY	$ 2.762,00
772	METOCLOPRAMIDA CLORHID. 10 MG/2 ML. SOL. INY. (VITALIS)	AMPOLLA	$ 1.408,00
773	METOCLOPRAMIDA INFUSION 10 MG/100ML SS 0.9%(CORPAUL)	B*100ML	$ 6.117,00
774	METOPROLOL TARTRATO 50 MG. TAB. (ROPSOHN) (REG)	TAB.	$ 124,00
775	METOPROLOL TARTRATO 50 MG. TABLETA (GENFAR) (REG)	TABLETA	$ 71,00
776	METOPROLOL TARTRATO 5MG/5ML SOL. INY. (ADS PHARMA)	AMPOLLA	$ 28.202,00
777	METOPROLOL TARTRATO 5MG/5ML SOL. INY.(BETOPROLOL) (ROPSO	AMPOLLA	$ 28.202,00
778	METOPROLOL TARTRATO100 MG. TAB (BETOPROLOL®)(ROPSOHN) (R	TAB.	$ 248,00
779	METOPROLOL TARTRATO100 MG. TAB (BIOQUIFAR) (REG)	TAB.	$ 130,00
780	METOTREXATO 2.5 MG TABLETA (ALCHEMY)	TABLETA	$ 484,00
781	METOTREXATO TAB. 2.5 MG (TECNOFARMA)	TAB.	$ 941,00
782	METOTREXATO TAB. 2.5 MG (ALPHARMA)	TAB.	$ 1.027,00
783	METOTREXATO TAB. 2.5 MG (METHOVEN®) (NEXPHARMA)(SEVEN P	TAB.	$ 754,00
784	METOTREXATO TAB. 2.5 MG (ROPSOHN)	TAB.	$ 1.410,00
785	METOTREXATO TAB. 2.5 MG (SPTREX®) (NEXPHARMA)	TAB.	$ 564,00
786	METRONIDAZOL 250 MG/5 ML. SUSP. ORAL (ECAR)	FCO*120ML	$ 8.935,00
787	METRONIDAZOL 250 MG/5 ML. SUSP. ORAL (GENFAR)	FCO X 120ML	$ 15.397,00
788	METRONIDAZOL 250 MG/5 ML. SUSP.ORAL (MEBICITROF)(LABQUIFAR)	FCO*120ML	$ 8.268,00
789	METRONIDAZOL 250MG/5ML.SUSP.ORAL SOMELTRIN®(ANGLOPHARM	FCO *120ML	$ 17.678,00
790	METRONIDAZOL 500 MG. OVULO VAG. (MK)(CUM VTO)	CAJA X 10 OVULOS	$ 2.204,00
791	METRONIDAZOL 500 MG. OVULO VAG. (COLMED)	OVULOS	$ 684,00
792	METRONIDAZOL 500 MG. TAB. (ECAR)	TABLETA	$ 222,00
793	METRONIDAZOL 500 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 377,00
794	METRONIDAZOL 500 MG. TAB. (METROZIN) (SIEGFRED)	TAB.	$ 935,00
795	MIDAZOLAM 5 MG/1 ML.SOL.INY. (MEDIS)(CTROL)	SOL INY	$ 4.188,00
796	MIDAZOLAM 5 MG/5 ML.SOL.INY. (CORPAUL)(CTROL)	SOL INY.	$ 3.736,00
797	MIDAZOLAM 5 MG/5 ML.SOL.INY. (CTROL) (XXX)	SOL INY	$ 4.064,00
798	MIDAZOLAM 5 MG/5 ML.SOL.INY. (HUMAX)(CTROL)	SOL INY	$ 3.184,00
799	MIDAZOLAM 5 MG/5 ML.SOL.INY.((GENFAR)(CTROL)	SOL INY.	$ 2.564,00
800	MIDAZOLAM 5 MG/5 ML.SOL.INY.(BIOSANO)(CTROL)	SOL INY	$ 5.225,00
801	MIDAZOLAM 5 MG/5 ML.SOL.INY.(BRAZOLAM) (XX) (CTROL)	SOL INY	$ 10.166,00
802	MIDAZOLAM 5 MG/5 ML.SOL.INY.(MIDASEDAN®)(BLASKOV)(CTROL)	SOL. INY.	$ 12.480,00
803	MIDAZOLAM 5 MG/5ML. SOL.INY. (GENBIE) (CTROL)	SOL. INY.	$ 9.295,00
804	MIDAZOLAM 5MG/5ML.SOL.INY.(DORMICUM®) (SIEGFRIED)(CTROL)	SOL. INY.	$ 11.740,00
805	MIDAZOLAM SOL. INY. 15 MG/3 ML (BIOSANO)(CTROL)	SOL. INY.	$ 3.350,00
806	MIDAZOLAM SOL. INY. 15 MG/3 ML (VITALIS)(CTROL)	SOL. INY.	$ 12.965,00
807	MIDAZOLAM SOL. INY. 15 MG/3 ML (0.5%) (BLASKOV)(CTROL)	SOL INY	$ 2.611,00
808	MIDAZOLAM SOL. INY. 15 MG/3 ML (0.5%) (HUMAX)(CTROL)	AMPOLLA	$ 11.600,00
809	MIDAZOLAM SOL. INY. 15 MG/3 ML.(B/BRAUN)(CTROL)	SOL. INY.	$ 9.832,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
810	MIDAZOLAM SOL. INY. 15 MG/3 ML (DORMICUM ®) (SIEGFRI)(CTROL	AMPOLLA	$ 41.221,00
811	MISOPROSTOL TAB. 200 MCG (MK) (VMR)	TAB.	$ 3.938,00
812	MISOPROSTOL TAB. VAG. 200MCG (CYTIL V)(MK) (VMR)	TAB. VAG.	$ 4.533,00
813	MORFINA CLOR. SOL. ORAL 3% (720 GOTAS) (FNE)(CTROL)	FCO GOT.*30ML	$ 110.084,00
814	MORFINA CLORHID. SOL. INY. 10 MG/ML (1%)(FNE)(CTROL)	SOL INY	$ 6.786,00
815	MORFINA CLORHID. SOL. INY. 30 MG/ML (3%)(FNE)(CTROL)	FCO X 20ML	$ 27.333,00
816	N-ACETILCISTEINA SOL. INY. 300MG/ML (ADS PHARMA)	SOL. INY	$ 14.469,00
817	N-ACETILCISTEINA SOL. INY. 300MG/ML (ZAMBON)	SOL. INY	$ 10.925,00
818	NALOXONA CLORHIDRATO SOL. INY. 0.4 MG/ML(FEPARVI)	SOL INY	$ 37.493,00
819	NALOXONA CLORHIDRATO SOL. INY. 0.4 MG/ML(RYAN)	SOL INY	$ 40.056,00
820	NAPROXENO 150 MG/5 ML. SUSP.ORAL (BIOQUIFAR)	FCO X 80ML	$ 4.639,00
821	NAPROXENO 150 MG/5 ML. SUSP.ORAL (OPHALAC)	FCO X 80ML	$ 7.163,00
822	NAPROXENO 150 MG/5 ML. SUSPENSION ORAL (NAPROX) (LABINCO	FCO*80ML	$ 6.388,00
823	NAPROXENO 250 MG TAB (GENERICOS MEDICALEX)	TAB.	$ 143,00
824	NAPROXENO 250 MG TAB (LAPROFF)	TAB.	$ 258,00
825	NAPROXENO 250 MG. TAB. (GENFAR)	TABLETA	$ 198,00
826	NEOSTIGMINA METILSULFATO SOL. INY. 0.5 MG/ML(VITALIS)	SOL. INY.	$ 1.086,00
827	NIFEDIPINO 10 MG. CAP. (AMERICAN GENERICS) (CUM CANCELADO)	CAPSULA	$ 435,00
828	NIFEDIPINO 30 MG. CAP. (EXPOFARMA)	CAP.	$ 434,00
829	NIFEDIPINO 30 MG. CAP. (NOVAMED)	CAPSULA	$ 509,00
830	NIMODIPINO 30 MG. TAB. NISOM® (SIEGFRIED)	TAB. REC.	$ 477,00
831	NIMODIPINO 30 MG. TAB. (NIDIP®) (LAFRANCOL)	TAB. REC.	$ 287,00
832	NISTATINA 100.000 UI / ML. SUSPENSION ORAL (LABINCO)	FCO*60ML	$ 9.617,00
833	NITROFURANTOINA 100 MG TAB (BIOQUIFAR)	TAB	$ 173,00
834	NITROFURANTOINA. 100 MG CAP. (AMERICAN GENERICS)	CAPSULA	$ 249,00
835	NITROFURANTOINA. 100 MG TAB (AVANPHARMA)	TAB.	$ 193,00
836	NITROFURANTOINA. 100 MG TAB (LAPROFF)	TAB	$ 581,00
837	NITROFURANTOINA. 100MG TAB. (RECIPE)	TAB	$ 351,00
838	NITROFURAZONA 0.2% UNGUENTO (CUYDERM®)(SIEGFRIED)	FCO*500G	$ 144.423,00
839	NITROFURAZONA POMADA 454 G (ANDRECOL S.A.S.)	454 GRAMOS	$ 106.880,00
840	NITROFURAZONA POMADA 500 G (NITROFUR) (RIOSOL-BREMYMG)	POTE X 500G	$ 105.660,00
841	NITROGLICERINA SOL. INY. 50 MG/10 ML (0,5 %)(ICP PHARMA)	VIAL	$ 29.463,00
842	NITROGLICERINA SOL. INY. 50 MG/10 ML (0,5%)(RYAN)	CX50 FCO VIAL	$ 34.835,00
843	NITROGLICERINA SOL. INY. 50 MG/10 ML (CARLON)	SOL INY	$ 34.835,00
844	NORFLOXACINA 400 MG TAB. (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 351,00
845	NORFLOXACINA 400 MG TAB. (COASPHARM)	TAB.	$ 339,00
846	NORFLOXACINA 400 MG TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 1.003,00
847	NORFLOXACINA 400 MG TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 515,00
848	OLANZAPINA 5MG TABLETA (LA SANTE) (REG)	TAB.	$ 406,00
849	OLANZAPINA 5MG TABLETA (OLAZAP) (GARMISCH) (REG)	TAB	$ 343,00
850	OLANZAPINA 5MG TABLETA (PROCAPS) (REG)	TAB.	$ 3.390,00
851	OLANZAPINA 10MG TABLETA(MEFLAX) (SIEGFRIED) (REG)	TAB	$ 377,00
852	OLANZAPINA 10MG TABLETA (LA SANTE) (REG)	TAB.	$ 413,00
853	OLANZAPINA 10MG TABLETA (OLAZAP®) (GARMISCH) (REG)	TAB	$ 563,00
854	OLANZAPINA 10MG TABLETA (PROCAPS) (REG)	TAB	$ 5.657,00
855	OMEPRAZOL 20 MG CAP. (C*600) (NOVAMED)	CAPSULA	$ 119,00
856	OMEPRAZOL 20 MG CAP. (BIOQUIFAR)	CAP.	$ 128,00
857	OMEPRAZOL 20 MG CAP. (FARMACOL)	CAPSULA	$ 155,00
858	OMEPRAZOL 20 MG CAP. (TAKEDA)	CAPSULA	$ 40,00
859	OMEPRAZOL 40 MG POLVO INY. (FARMIONNI)	POLVO INY.	$ 6.113,00
860	OMEPRAZOL 40 MG POLVO INY. (K- DELPRAZOL®)(DELTA)	LVO P RECONS. A	$ 5.734,00
861	OMEPRAZOL 40 MG POLVO INY. (PENTREN®) (PISA)	AMPOLLA	$ 6.718,00
862	OMEPRAZOL 40 MG POLVO INY. (SEVEN PHARMA)	VIAL	$ 3.887,00
863	OMEPRAZOL 40 MG POLVO INY. (VITALIS)	SOL INY	$ 9.214,00
864	OMEPRAZOL 40 MG POLVO INY. SUMICETRON (BLAU)	POLVO INY.	$ 8.345,00
865	OXACILINA (SAL SODICA) 1 G (VITALIS)	POLVO P´RECONST	$ 5.749,00
866	OXACILINA (SAL SODICA) 1 G POLVO P´RECONST.(SICMAFARMA)	POLVO P´RECONST	$ 3.157,00
867	OXACILINA (SAL SODICA) 1 G. POLVO P´RECONST. (FARMALOGICA)	LVO ESTERIL PARA	$ 4.462,00
868	OXIGENO MEDICINAL INTRAHOSPITALARIO	LITRO/MINUTO	$ 36,00
869	OXIMETAZOLINA ADULTO SOL. NASAL 0.5 MG/ML(INCOBRA)	FCO *15ML	$ 7.917,00
870	OXIMETAZOLINA ADULTO SOL.NASAL (0.05%) (MK)	FCO X 15ML	$ 11.321,00
871	OXIMETAZOLINA ADULTO SOL.NASAL (0.05%)(BUSINESS)	FCO * 15ML	$ 6.409,00
872	OXIMETAZOLINA ADULTO SOL.NASAL (0.05%)(LAFRANCOL)	FCO * 15ML	$ 5.593,00
873	OXIMETAZOLINA ADULTO SOL.NASAL (0.05%)(WASSERFRIN)	FCO * 15ML	$ 7.540,00
874	OXIMETAZOLINA INFANT SOL.NASAL (0.025%) (MK)	FCO X 15ML	$ 9.759,00
875	OXIMETAZOLINA INFANT SOL.NASAL (0.025%) (WASSER)	FCO X 15ML	$ 4.750,00
876	OXIMETAZOLINA INFANT. SOL. OFT (0.025%) (OPHTHA)	FCO*5ML	$ 15.080,00
877	OXIMETAZOLINA PEDIATRICA SOL.NASAL (0.025%)(BUSINESS)	FCO * 15ML	$ 6.893,00
878	OXITOCINA 10 UI/1 ML. SOL. INY. (FEPARVI) (C.F.)	SOL INY	$ 5.299,00
879	OXITOCINA 10 UI/1 ML. SOL. INY. (FRESENIUS)	SOL INY	$ 2.458,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
880	OXITOCINA 10 UI/1 ML. SOL. INY. (PROCLIN)	SOL INY	$ 2.611,00
881	OXITOCINA 10 UI/1 ML. SOL. INY. (ROTEXMEDICA)	INY	$ 5.467,00
882	OXITOCINA 10 UI/1 ML. SOL. INY. (VITALIS) (C.F.)	SOL INY	$ 4.254,00
883	PENICILINA G. BENZATIN. 1.200.000 UI. INY (VITALIS)	LVO P RECONSTRU	$ 3.657,00
884	PENICILINA G. BENZATIN. 1.200.000 UI. INY. (FARMALOGICA)	LVO P RECONSTRU	$ 4.064,00
885	PENICILINA G. BENZATIN. 1.200.000 UI. INY. (SICMAFARMA)	LVO P RECONSTRU	$ 3.188,00
886	PENICILINA G. BENZATIN. 1.200.000 UI. INY.(BENZATIDE (DELTA)	SOL INY	$ 3.802,00
887	PENICILINA G. BENZATINICA 2.400.000 UI. INY. (DELTA)	AMP	$ 5.862,00
888	PENICILINA G. BENZATINICA 2.400.000 UI. INY. (FARMALOGICA)	AMP	$ 5.184,00
889	PENICILINA G. BENZATINICA 2.400.000 UI. INY. (SICMAFARMA)	LVO ESTERIL P.RE	$ 4.724,00
890	PENICILINA G. BENZATINICA 2400.000 UI. INY. (VITALIS)	LVO P RECONSTRU	$ 5.642,00
891	PENICILINA G. PROCAINICA INY. 800.000 UI (PISA)	LVO P RECONSTRU	$ 2.290,00
892	PENICILINA G. PROCAINICA. 800.000 UI. INY. (VITALIS)	LVO P RECONSTRU	$ 9.962,00
893	PENICILINA G. SOD. CRIST. 1.000.000 UI. INY. (FARMALOGICA)	LVO ESTERIL RECO	$ 4.354,00
894	PENICILINA G. SOD. CRIST. 1.000.000. INY. (VITALIS)	SOL INY	$ 1.827,00
895	PENICILINA G. SOD. CRIST. 5.000.000 UI. INY. (FARMALOGICA)	LVO P RECONSTRU	$ 9.519,00
896	PENICILINA G. SOD. CRIST. 5.000.000. INY. (VITALIS)	LVO P RECONSTRU	$ 6.096,00
897	PEROXIDO DE HIDROGENO SOL. DE H2O2. FX120 ML(JGB)	FCO	$ 3.959,00
898	PILOCARPINA SOL. OFTALM.20MG/ML(2%)F.GOT.X15ML(ALCON)	FCO GOT. X 15 ML	$ 51.758,00
899	PIPOTIAZINA PALMITATO 25 MG/ML. SOL. INY (SALUSPHARMA)	SOL INY	$ 10.843,00
900	PIPOTIAZINA PALMITATO 25 MG/ML. SOL. INY. (ACTIFARMA)	SOL INY	$ 10.256,00
901	PIPOTIAZINA PALMITATO SOL. INY. 25 MG/ML (NEUROVAN)	SOL INY	$ 28.007,00
902	PIPOTIAZINA PALMITATO SOL. INY. 25 MG/ML (XXX)	SOL INY	$ 12.337,00
903	PIRANTEL (EMBONATO O PAMOATO) TAB. O CAP. 250 MG (GENFAR)	TAB.	$ 750,00
904	PIRANTEL SUSP. ORAL 250 MG/5 ML(5 %) (GENFAR)	FCO X 15ML	$ 4.673,00
905	PIRANTEL SUSP. ORAL 250 MG/5 ML(5 %) (MK)	FCO *15ML	$ 5.957,00
906	PIRIDOSTIGMINA BROMURO 60 MG. TAB(MESTINON®) (GROSSMAN	TAB.	$ 1.712,00
907	PIRIDOSTIGMINA BROMURO 60 MG. TAB. (SALUSPHARMA)	TAB.	$ 2.392,00
908	PIRIDOSTIGMINA BROMURO TAB. 60 MG (A.H. ROBINS)	TAB.	$ 2.351,00
909	PIRIDOXINA CLORHID 50 MG. TAB (ECAR)	TAB	$ 145,00
910	PIRIDOXINA CLORHID. TAB 50 MG (LAPROFF)	TAB	$ 190,00
911	PLATA SULFADIAZINA CREMA 1% (GENFAR)	TUBO*15G	$ 8.620,00
912	PLATA SULFADIAZINA CREMA 1% (DERMIQUEM) (LABQUIFAR)	POTE X 30G	$ 8.111,00
913	PLATA SULFADIAZINA CREMA 1% P X 30 G(COASPHARMA)**	TUBO X 30G	$ 4.713,00
914	PODOFILINA SOL TOPICA 20% F X 5 ML(BUSSIE)	FCO X 5ML	$ 12.760,00
915	POTASIO CLORURO SOL. INY. 20 MEQ/10 ML(ROPSOHN)	SOL INY	$ 1.159,00
916	POTASIO CLORURO SOL. INY.20 MEQ/10 ML (CORPAUL)	AMPOLLA	$ 1.602,00
917	POTASIO CLORURO SOL. INY.20 MEQ/10 ML (FRESENIUS)	SOL INY	$ 1.131,00
918	PRAZOSINA 1 MG TAB. (PRATEN®) (LABINCO)	TAB.	$ 83,00
919	PRAZOSINA 1 MG TAB (EXPOFARMA)	TAB.	$ 119,00
920	PREDNISOLONA /FENILEFRINA SUSP. OFTALM. 1%/0.12% FX5 ML(M	FCO X 5ML	$ 12.324,00
921	PREDNISOLONA ACET. SOL. OFTALM. 1% (SOPHIPREN OFTENO)	FCO*5ML	$ 15.015,00
922	PREDNISOLONA ACET. SOL. OFTALM. 1% FCO*5ML (LASANTE)	FCO*5ML	$ 9.080,00
923	PREDNISOLONA ACET. SOL. OFTALM. 1%(MK)	FX5ML	$ 9.080,00
924	PREDNISOLONA TAB. 5 MG (COASPHARMA)	TAB.	$ 72,00
925	PREDNISOLONA TAB. 5 MG (GENFAR)	TAB.	$ 83,00
926	PREDNISOLONA TAB. 5 MG (LAPROFF)	TAB.	$ 139,00
927	PREDNISOLONA TAB. 5 MG (MK)	TAB.	$ 156,00
928	PREDNISONA MK 50 MG. TAB.	TAB.	$ 2.624,00
929	PROPOFOL EMULSION INY. 0,20 G/20 ML (1%)(NIRLIFE)	AMP.X 20 ML	$ 12.300,00
930	PROPRANOLOL CLORHID. 40 MG. TAB (GENFAR)	TAB.	$ 422,00
931	PROPRANOLOL CLORHID. 40 MG. TAB (LAPROFF)	TAB.	$ 83,00
932	PROPRANOLOL CLORHID. 40 MG. TAB (MK)	TAB.	$ 143,00
933	PROPRANOLOL CLORHID. 40 MG. TAB. (COASPHARMA)	TAB.	$ 123,00
934	PROPRANOLOL CLORHID. 40 MG. TAB. (NOVAMED)	TAB.	$ 130,00
935	PROPRANOLOL CLORHID. 80 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 85,00
936	PROPRANOLOL CLORHID. 80 MG. TAB. (MK)	TAB.	$ 253,00
937	PROPRANOLOL CLORHID. 80 MG.TAB. (COASPHARMA)	TAB.	$ 302,00
938	PROXIMETACAINA CLORH 0.5% SOL OFT(ALCAINE)(C.F.)	FCO X 15ML	$ 117.995,00
939	QUETIAPINA 25MG TABLETA (ABOTT) (REG)	TAB.	$ 237,00
940	QUETIAPINA 25MG TABLETA (COLMED) (REG)	TAB.	$ 253,00
941	QUETIAPINA 25MG TABLETA (GENFAR) (REG)	TAB.	$ 222,00
942	QUETIAPINA 25MG TABLETA (MK) (REG)	TAB.	$ 307,00
943	QUETIAPINA 25MG TABLETA (QUEPINA) (HUMAX) (REG)	TAB.	$ 394,00
944	QUETIAPINA 50MG TABLETA (ASTRAZENECA) (REG)	TAB.	$ 1.123,00
945	QUETIAPINA 50MG TABLETA (PROCAPS)(REG)	TAB.	$ 943,00
946	QUETIAPINA. 100 MG TABLETA (TIQUEPIN) (HETERO) (REG)	TAB.	$ 414,00
947	QUETIAPINA. 100 MG TABLETA (AUROBINDO) (REG)	TAB.	$ 815,00
948	QUETIAPINA. 100 MG TABLETA (GARMISCH) (REG)	TAB	$ 683,00
949	QUETIAPINA. 100 MG TABLETA (HUMAX) (REG)	TAB.	$ 467,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
950	QUETIAPINA. 200 MG TAB (QUEPINA®) (HUMAX) (REG)	TAB. REC	$ 932,00
951	QUETIAPINA. 200 MG TAB (SCANDINAVIA) (REG)	TABLETA	$ 701,00
952	QUETIAPINA. 200 MG TAB (TIQUEPIN®) (HETERO) (REG)	TABLETA REC	$ 492,00
953	QUETIAPINA. 300 MG TABLETA (MK) (REG)	TAB.	$ 1.664,00
954	QUETIAPINA. 300 MG TABLETA (TIQUEPIN ®) (HETERO) (REG)	TAB.	$ 946,00
955	RETINOICO ACIDO LOCION 0.05% (QUIFARMA)	FCO X 60ML	$ 18.709,00
956	RETINOICO ACIDO LOCION 0.05%FX60 ML.(AMERICA)	FCO X60 ML	$ 15.549,00
957	RETINOICO ACIDO (TRETINOICO) CREMA 0.05% P X 30 G(QUIFARMA	POTE*30G	$ 26.880,00
958	RETINOICO ACIDO (TRETINOINA) CREMA 0.05 %-(LAB AMERICA)	TUBO X 15G	$ 26.800,00
959	RINGER LACTATO (HARTMANN) SOL. INY. (PISA)	BOLSA X 500ML	$ 7.137,00
960	RINGER LACTATO (HARTMANN) SOL. INY. (PROCLIN)	BOLSA X 500ML	$ 4.882,00
961	RINGER LACTATO (HARTMANN) SOL. INY. (B*500ML)(CORPAUL)	B*500ML	$ 5.646,00
962	RINGER LACTATO (HARTMANN) SOL. INY. (FRESENIUS)	BOLSA X 500 ML	$ 5.140,00
963	RINGER LACTATO (HARTMANN) SOL. INY.(BX1000ML) (CORPAUL)	BX 1000ML	$ 5.534,00
964	RINGER LACTATO (HARTMANN) SOL. INY.(BX500ML)(BAXTER)	SOL INY	$ 5.489,00
965	ROCURONIO BROMURO INY. 50MG/5ML (ADS PHARMA)(C.F.)	AMPOLLA	$ 22.032,00
966	ROCURONIO BROMURO SOL. INY. 50 MG/5ML (FARMIONNI) (C.F.)	SOL. INY	$ 27.907,00
967	ROCURONIO BROMURO SOL. INY. 50 MG/5ML (VITALIS)(C.F.)	SOL. INY	$ 37.670,00
968	SALBUTAMOL INHALADOR 100 MCG/D. (AIRMAX) (CHALVER)	INH X 200 DOSIS	$ 9.765,00
969	SALBUTAMOL INHALADOR 100 MCG/D. (SALBUMED)(CIPLA)	INH X 200 DOSIS	$ 9.966,00
970	SALBUTAMOL INHALADOR 100 MCG/D. F X 200D (BCN)	FCO X 200 DOSIS	$ 10.254,00
971	SALBUTAMOL INHALADOR 100 MCG/D. F 200 D (AVALON)	INH X 200 DOSIS	$ 13.301,00
972	SALBUTAMOL INHALADOR 100 MCG/D. F 200 D (BIOTOSCANA)	INH X 200 DOSIS	$ 7.352,00
973	SALBUTAMOL INHALADOR 100MCG/D. (GLAXOSMITH)	INH X 200 DOSIS	$ 7.357,00
974	SALBUTAMOL INHALADOR 100MCG/D. FX200 D. (BIOSYNTEC)	INH X 200 DOSIS	$ 13.740,00
975	SALBUTAMOL SULFATO 2MG/5ML JARABE (ECAR)	FCO *120ML	$ 6.733,00
976	SALBUTAMOL SULFATO 2MG/5ML JARABE (LAPROFF)	FCO*120ML	$ 4.307,00
977	SALES DE REHIDRAT. POLVO P'RECONST.(BCN MEDICAL)	SOBRE X 20G	$ 1.291,00
978	SALES DE REHIDRAT. POLVO P'RECONST.(COASPHARMA)	SOBRE X 20.5G	$ 4.594,00
979	SALES DE REHIDRAT. POLVO O GRANULOS P'RECONST.(JQ LTDA)	SOBRE	$ 1.037,00
980	SALES DE REHIDRAT. POLVO P'RECONST.(CHALVER)	SOBRE 20.5G	$ 1.832,00
981	SALES DE REHIDRAT. POLVO P'RECONST.(LABQUIFAR)(SALYDRAT	SOBRE X 20.6G	$ 3.947,00
982	SALES DE REHIDRAT. POLVO P'RECONST.(SOLHIDREX ®)(LABINCO	LVO P RECONSTRU	$ 5.095,00
983	SERTRALINA 50 MG TAB (AUROBINDO)	TAB.	$ 349,00
984	SERTRALINA 50 MG TAB (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 522,00
985	SERTRALINA 50 MG TAB (GENFAR)	TAB.	$ 187,00
986	SERTRALINA. 100 MG TAB (COLMED)	TAB.	$ 1.306,00
987	SERTRALINA. 100 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 413,00
988	SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOLUCION INY (RYAN)	AMPOLLA	$ 3.917,00
989	SODIO BICARBONATO SOL. INY. 10 MEQ/10 ML(FARMIONNI)	SOL INY	$ 3.474,00
990	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY. (B X 100 ML)(FRESENIUS)	BOLSA X 100ML	$ 3.566,00
991	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY. (B X 100 ML)(PISA)	SOL INY	$ 4.015,00
992	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY. (B X 100ML) (PROCLIN)	BOLSA X100ML	$ 3.341,00
993	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY. (B*100ML) (C*130)(CORPAUL)	B*100ML	$ 5.029,00
994	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY.(B X 100 ML)(BAXTER)	SOL INY	$ 4.927,00
995	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY.(B X 250 ML) (C*64) (CORPAUL)	B*250ML	$ 5.853,00
996	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY.(B X 250 ML)(BAXTER)	BOLSA *250ML	$ 5.457,00
997	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY.(B X 250 ML)(FRESENIUS)	BOLSA X 250ML	$ 4.466,00
998	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY.(B X 250 ML)(PISA)	B*250ML	$ 6.786,00
999	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY.(B X 250 ML)(PROCLIN)	BOLSA X 250ML	$ 4.488,00
1000	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY.(B X 500 ML) (C*35) (CORPAUL)	B*500ML	$ 4.984,00
1001	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY.(B X 500 ML)(BAXTER)	SOL INY	$ 4.888,00
1002	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY.(B X 500 ML)(FRESENIUS)	BOLSA X 500 ML	$ 8.034,00
1003	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY.(B X 500 ML)(PISA)	SOL INY	$ 7.476,00
1004	SODIO CLORURO 0.9 % SOL. INY.(B X 500 ML)(PROCLIN)	BOLSA X 500ML	$ 4.371,00
1005	SODIO CLORURO SOL. INY. 20 MEQ/10 ML(FRESENIUS)	SOL INY	$ 573,00
1006	SODIO CLORURO SOL. INY. 20 MEQ/10 ML(ROPSOHN)	SOL INY	$ 3.252,00
1007	SODIO CLORURO SOL. INY.20MEQ/10 ML (CORPAUL)	AMP.*10ML	$ 1.719,00
1008	SODIO NITROPRUSIATO 50MG/2ML SOL. INY. (ECAR)	AMPOLLA	$ 63.619,00
1009	SOLUCION PIZARRO 90 % SOL. INY. (B X 500 ML)(CORPAUL)	B *500ML	$ 4.515,00
1010	SUCCINILCOLINA 1G/10ML SOL.IN (MIOACTINE) (ADS PHARMA)(C.F.	SOL. INY	$ 66.717,00
1011	SUCCINILCOLINA C. INY. 100 MG/ML (10%)(HOSPIRA)(C.F.)	VIAL	$ 34.914,00
1012	SUCRALFATO 1 G. TAB. (ALSUCRAL®) (ROPSOHN)	TAB.	$ 984,00
1013	SUCRALFATO 1 G. TAB. (C*20) (SUGASTRIN) (FARMASER)	TAB.	$ 1.122,00
1014	SUCRALFATO 1G. TABLETA MASCTICABLE (ANTEPSIN) (BIOQUIFAR	ABLETA MASTICABL	$ 714,00
1015	SUERO ANTIOFIDICO LIOF. POLIVALENTE SOL. INY. (BIOCLON)	SOL INY	$ 728.000,00
1016	SUERO ANTIOFIDICO LIOF. POLIVALENTE SOL. INY.(INS. NAL)C.F.	SOL INY.	$ 360.218,00
1017	SUERO ANTIOFIDICO ANTICGRAL LIOF. SOL. INY. (PROBIOL)	VIAL	$ 257.650,00
1018	SULFACETAMIDA SODICA 100MG/ML. SOL. OFTAL. (BLASKOV)	FCO*15ML	$ 11.167,00
1019	SULFACETAMIDA SODICA 100MG/ML. SOL. OFTAL. (CUM VTO)	FCO*15ML	$ 7.894,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
1020	SULFACETAMIDA SODICA 100MG/ML SOL. OFTAL (LABINCO)	FCO X 15ML	$ 4.645,00
1021	SULFASALAZINA 500 MG GRAGEAS (SALAZIN®)(LABQUIFAR)	GRAGEAS	$ 735,00
1022	SULFASALAZINA 500MG TABLETA (XX)	GRAGEAS	$ 724,00
1023	SULFASALAZINA GRAGEAS 500 MG ROSULFANT-R (ROPSOHN)	GRAGEAS	$ 1.416,00
1024	SULFASALAZINA TAB. RECUB. 500 MG (BUSSIE)	TAB. REC.	$ 1.272,00
1025	TAMOXIFENO CITRATO 20 MG. TAB.(TAXUS ®) (TECNOFARMA)	TAB.	$ 475,00
1026	TAMOXIFENO CITRATO TAB. 20 MG (BIOTOSCANA)	TAB.	$ 795,00
1027	TAMOXIFENO CITRATO TAB. 20 MG (BLASKOV)	TAB.	$ 392,00
1028	TECLOXAN. TAB. 500 MG (XXX)	TAB.	$ 23.461,00
1029	TEOFILINA 125 MG CAP. (CIDETOX®) (BIOQUIFAR)	CAPSULA	$ 253,00
1030	TEOFILINA 125 MG CAP. (GENFAR)	CAPSULA	$ 456,00
1031	TEOFILINA 125 MG CAP. (TEOLIXIR) (ANGLOPHARMA)	CAPSULA	$ 343,00
1032	TEOFILINA 300 MG CAP. (BICOFILIN) (NOVAMED)	CAPSULA	$ 388,00
1033	TEOFILINA 300 MG CAP. (GENFAR)	CAPSULA	$ 1.116,00
1034	TERBUTALINA LIQ. P' NEBULIZAC. 10 MG/ML(1%) (ROPSOHN)	FCO X 10ML	$ 23.687,00
1035	TERBUTALINA SULFATO SOL. INY. 0.5 MG/ML(ROPSOHN)(CUM VTO)	SOL INY	$ 6.467,00
1036	TERBUTALINA SULFATO SOL. INY. 0.5MG/ML(CARLON)	SOL INY	$ 1.054,00
1037	TETRACICLINA CLORHID. TAB. O CAP. 500 MG (GENFAR)	TAB.	$ 153,00
1038	TIAMINA (VIT. B1) 300 MG. CAP. (NOVAMED)	CAPSULA	$ 238,00
1039	TIAMINA (VIT. B1) 300 MG. CAP. (GENFAR)	TAB	$ 249,00
1040	TIAMINA (VIT. B1) 300 MG. CAP. (LABQUIFAR)	TAB	$ 349,00
1041	TIAMINA (VIT. B1) 300 MG. TAB. (ECAR)	TAB	$ 315,00
1042	TIAMINA CLORHID.(VIT. B1) 100MG/ML. SOL. INY. (ECAR)	FCO X 10ML	$ 9.661,00
1043	TIAMINA CLORHID.(VIT. B1) 100MG/ML. SOL. INY. (VITALIS)	FCO X 10ML	$ 6.632,00
1044	TIMOLOL 5MG/ML (0.5%) SOL. OF (OFTALMOTRILOL)(INCOBRA) (RE	FCO*5ML	$ 5.353,00
1045	TIMOLOL 5MG/ML (0.5%) SOL. OFT. (MK) (REG)	FCO*5ML	$ 6.239,00
1046	TIMOLOL 5MG/ML (0.5%) SOL. OFT. (BIOGEN)	FCO GOT. X 5 ML	$ 3.205,00
1047	TIMOLOL 5MG/ML (0.5%) SOL. OFT. (BLASKOV)	FCO GOTERO X 5ML	$ 14.426,00
1048	TIMOLOL 5MG/ML (0.5%) SOL. OFT. (EXPOFARMA)	FCO X 5 ML	$ 3.806,00
1049	TINIDAZOL 200MG/ML SUSP. ORAL (COASPHARMA)	FCO X 15ML	$ 3.393,00
1050	TINIDAZOL 200MG/ML SUSP. ORAL (FINAMEB) (LABQUIFAR)	FCO*15ML	$ 4.173,00
1051	TINIDAZOL 500 MG. TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 239,00
1052	TINIDAZOL 500 MG. TAB. (LAPROFF)	TAB.	$ 258,00
1053	TINIDAZOL 500 MG. TAB. (ECAR)	TAB.	$ 281,00
1054	TOXOIDE TETANICO INY. AMP. 40U.I/0.5 ML (DELTA)(C.F.)	F X 0.5ML	$ 23.636,00
1055	TOXOIDE TETANICO INY. AMP. X 0,5 ML (FINLAY) (C.F.)	VIAL X 0.5ML	$ 14.703,00
1056	TRAMADOL 100 MG/ML SOLUCION ORAL (BLASKOV)	FCO X 10ML	$ 4.386,00
1057	TRAMADOL 100 MG/ML SOLUCION ORAL (EXPOFARMA)	FCO*10ML	$ 3.182,00
1058	TRAMADOL 100 MG/ML SOLUCION ORAL (GENFAR)	FCO* 10ML	$ 4.713,00
1059	TRAMADOL 100 MG/ML SOLUCION ORAL (TRAMAL®)(GRUNENTHAL	FCO*10ML	$ 31.417,00
1060	TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/2 ML SOL. INY. (FARMIONNI)	AMPOLLA	$ 1.508,00
1061	TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/2 ML SOL. INY. (FARMIONNI)	SOL INY	$ 997,00
1062	TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/2 ML SOL. INY. (GENFAR)	AMP X 2ML	$ 3.067,00
1063	TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/2 ML SOL. INY. (VITALIS)	AMP.X 2ML	$ 1.898,00
1064	TRANEXAMICO ACIDO 500 MG TAB. (FIBRINEXAM®) (SALUS PHARM	TAB.	$ 3.227,00
1065	TRANEXAMICO ACIDO 500 MG TAB. (CLOSTER PHARMA)	TAB.	$ 3.676,00
1066	TRANEXAMICO ACIDO 500 MG TAB. (C*10) (FIBRILOK) (HUMAX)	TAB.	$ 1.970,00
1067	TRANEXAMICO ACIDO 500 MG TAB. (TRANEXAM®) (ROPSOHN)	TAB.	$ 6.909,00
1068	TRANEXAMICO ACIDO 500MG/5ML SOL INY. (ACITRADELT) (DELTA)	SOL. INY	$ 5.546,00
1069	TRANEXAMICO ACIDO 500MG/5ML SOL INY. (TRANEXAM) (ROPSOH	SOL. INY	$ 13.867,00
1070	TRANEXAMICO ACIDO 500MG/5ML SOL. INY.(IMMACULE)	SOL INY.	$ 6.371,00
1071	TRANEXAMICO ACIDO 500MG/5ML SOL. INY.(KNOVEL)	SOL INY.	$ 4.895,00
1072	TRANEXAMICO ACIDO 500MG/5ML SOL. INY.(SALUS PHARMA)	SOL. INY	$ 7.425,00
1073	TRANEXAMICO ACIDO 500MG/5ML. SOL. INY.(CLINTRANEX®)(PROC	SOL. INY	$ 5.806,00
1074	TRANEXAMICO ACIDO 500MG/5ML.SOL. INY. (TAREXA®) (VITALIS)	SOL. INY	$ 14.515,00
1075	TRAZODONE CLORHID 50MG. TAB. (RECIPE)	TAB.	$ 194,00
1076	TRAZODONE CLORHID. 50 MG. TAB.(GENFAR)	TAB.	$ 243,00
1077	TRAZODONE CLORHID. TAB. 50 MG (FARMATECH)	TAB.	$ 119,00
1078	TRAZODONE HCL TAB. 50 MG.(EXPOFARMA)	TAB.	$ 219,00
1079	TRIMETOPRIM/SULFA SUSP.ORAL(40/200) MG/5 ML (BIOQUIFAR)	FCO*60 ML	$ 4.713,00
1080	TRIMETOPRIM/SULFA SUSP.ORAL(40/200) MG/5ML F*60 ML (ECAR)	FCO*60 ML	$ 5.140,00
1081	TRIMETOPRIM/SULFA SUSP.ORAL(40/200) MG/5ML FCO*120ML (EC	FCO*120ML	$ 7.957,00
1082	TRIMETOPRIM/SULFA SUSP.ORAL(80/400) MG/5ML FCO*120ML (EC	FCO*120ML	$ 10.991,00
1083	TRIMETOPRIM/SULFAM. TAB. (80 / 400) MG (ECAR)	TAB	$ 368,00
1084	TRIMETOPRIM/SULFAM. TAB. (80 / 400) MG (GENFAR)	TAB.	$ 160,00
1085	TRIMETOPRIM/SULFAM. TAB. (80 / 400) MG (MK)	TAB	$ 285,00
1086	TRIMETOPRIM/SULFAME. 160/800 MG TAB. (GENFAR)	TAB.	$ 413,00
1087	TRIMETOPRIM/SULFAME. 160/800 MG. TAB. (ECAR)	TAB.	$ 522,00
1088	TRIMETOPRIM/SULFAME. 160/800MG TAB. (SUPRIBAC F)(BIOQUIFA	TAB.	$ 452,00
1089	TROPICAMIDA 10 MG/ML (1%) SOL. OFTALM.(MYDRIACYL 1%) (ALC	FCO X 15ML	$ 39.045,00

ITEM	DESCRIPCION Y CONCENTRACION	PRESENTACION	PRECIO TECHO UNITARIO EXENTO DE IVA
1090	VALPROICO ACIDO 250 MG CAP (CHALVER)	CAP	$ 398,00
1091	VALPROICO ACIDO 250 MG. CAP. (FERBIN ®) (NOVAMED)(REG)	CAPSULA	$ 447,00
1092	VALPROICO ACIDO 250 MG/5 ML JBE (FERBIN ®)(5%)(NOVAMED)	FCO X 120ML	$ 9.103,00
1093	VALPROICO ACIDO 250MG/5ML JARABE (DEPAKENE®)(ABBOTT)	FCO*120ML	$ 33.882,00
1094	VALPROICO ACIDO JBE 250 MG/5 ML (5%)(CHALVER)	FCO X 120ML	$ 6.480,00
1095	VALPROICO ACIDO JBE 250 MG/5 ML (5%)(MEMPHIS)	FCO *120ML	$ 23.075,00
1096	VASELINA BLANCA USP 100% P X 400 G(ATHOS)	FCO	$ 33.167,00
1097	VERAPAMILO CLORH. 80 MG TAB. (GENFAR)	TAB. REC.	$ 130,00
1098	VERAPAMILO CLORH. 80 MG TAB. (AMERICAN GENERICS)	TAB	$ 173,00
1099	VERAPAMILO CLORH. 80 MG TAB. (GENFAR)	TAB. REC.	$ 126,00
1100	VERAPAMILO CLORH. 80 MG TAB. (LA SANTE) (REG)	TAB	$ 225,00
1101	VERAPAMILO CLORH. 80 MG TAB. (LAPROFF)	TAB. REC.	$ 156,00
1102	VERAPAMILO CLORH. 80 MG TAB. (MK)	TAB.	$ 368,00
1103	VERAPAMILO CLORHID 120 MG TAB. (GENFAR)	TAB. REC.	$ 214,00
1104	VERAPAMILO CLORHID 120 MG TAB. (AMERICAN GENERICS)	TAB. REC.	$ 209,00
1105	VERAPAMILO CLORHID 120 MG TAB. (LA SANTE)(REG)	TAB. REC.	$ 338,00
1106	VERAPAMILO CLORHID 120 MG TAB. (MK)	TAB. REC.	$ 746,00
1107	VITAMINA A 100.000 U.I. CAP. BLANDA (RETIBLAN) (COLMED)	C*50 CASP	$ 277,00
1108	VITAMINA A 50.000 U.I. CAPSULA (RETIBLAN) (PROCAPS)	CAP	$ 215,00
1109	VITAMINA A 50.000 U.I. TAB. (NOVAMED-FARMACAPSULAS)	CAPSULA	$ 221,00
1110	WARFARINA SODICA 5 MG.TAB. (SALUS PHARMA)	TAB.	$ 245,00
1111	WARFARINA SODICA TAB. 5 MG (HUMAX)	TAB.	$ 226,00
1112	WARFARINA SODICA TAB. 5 MG (MK)	TAB.	$ 473,00
1113	WARFARINA SODICA TAB. 5 MG (WARFAR®)) (BIOQUIFAR)	TAB.	$ 386,00
1114	ZIDOVUDINA 10 MG/ML. SOL. ORAL. (HUMAX)	FCO X 240ML	$ 43.680,00
1116	ZINC SULFATO 10MG/5ML. SOL. ORAL (ZINKIDS) (MK) (VMR)	FCO X 120ML	$ 15.730,00
1116	ZINC SULFATO 2MG/ML. SOL. ORAL (FARMATECH)(VMR)	FCO*80ML	$ 8.635,00
1117	ZINC SULFATO SOL. ORAL 2 MG/ML. F X 80 ML (HUMAX)(VMR)	F X 80ML	$ 9.715,00
1118	ZINC SULFATO SOL. ORAL 2 MG/ML.(ZINC-OLICOL® (LICOL) (VMR)	FCO X 120ML	$ 6.496,00
1119	ZINC SULFATO SOL. ORAL 2MG/ML (LAPROFF)(VMR)	FCO X 120ML	$ 11.455,00

NOTA: Todos los precios aquí contemplados se entienden firmes y fijos y por lo tanto no están sujetos a ninguna clase de reajuste. Igualmente, dentro de este precio están incluidos los costos proyectados al plazo de ejecución del presente contrato y la utilidad razonable que el **CONTRATISTA** pretende obtener, en consecuencia, NO se aceptarán costos adicionales por algún concepto ni tampoco incrementos durante la ejecución del futuro contrato, fundamentados en estas circunstancias.

EL CONTRATANTE

Teniente Coronel LILIANA ANDREA GIRALDO MEDINA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 6

EL CONTRATISTA

Señora LUIS FABIAN OTERO LOPEZ
Representante Legal E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL

Elaboró: Subintendente ANGELA MARCELA CANO VELEZ
Responsable de Estudios Previos RASES No. 6

Revisó: Intendente Jefe JUAN DIEGO SANCHEZ FLOREZ
Jefe Grupo de Contratos RASES No. 6

Revisó: Mayor YURY LORENA RAMIREZ ZUÑIGA
Jefe Área Logística y Financiera RASES No. 6

Revisó: Intendente EDWAR ANDRES LOPEZ GARCIA
Jefe Grupo Asuntos Jurídicos RASES No. 6 (E)

Revisó: Abogado RUBEN DARIO VINCAPIÉ ARROYAVE
Asesor Jurídico RASES No. 6

Fecha de Elaboración:
Ubicación Diciembre 2020

Carrera 43A No. 48Csur-45, Envigado - Antioquia
Teléfono 3505855104
depnl.rases-aco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA